

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN
División de Estudios de Posgrado



Tesis doctoral

**FACTORES INTERNOS QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE SALUD PARA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EL CASO DE LOS HOSPITALES PRIVADOS
CERTIFICADOS EN LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN.**

Presenta:

Jesús Ángel Alanís Gallegos

Director de tesis

Dra. Mónica Blanco Jiménez

Monterrey, Nuevo León

Mayo, 2021

Declaración de autenticidad

Declaro solemnemente que el documento que en seguida presento es fruto de mi propio trabajo, y hasta donde estoy enterado no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona, excepto aquellos materiales o ideas que por ser de otras personas les he dado el reconocimiento correspondiente y los he citado debidamente en la bibliografía o referencias.

Declaro además que tampoco contiene material que haya sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro grado o diploma de alguna universidad o institución.

Nombre: Jesús Angel Alanís Gallegos

Firma:



Fecha: 27 de mayo de 2021

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida, por darme la dicha de estar escribiendo este trabajo de tesis, por tomarme de la mano y guiarme por el buen camino. Por cuidarme en esta situación de pandemia, la cual ha sido el reto más grande que he enfrentado de manera profesional.

Le agradezco a la Dra. Mónica Blanco, quien gracias a su empuje y dedicación me ha alentado a ser mejor alumno y persona. Al Dr. Juan Rositas Martínez, quien me acompañó en todo el programa, por sus consejos, por su entrega, por su pasión por enseñar, sin él no pudiera haber concluido este trabajo. Al Dr. Elías Alvarado y Dr. Patricio Galindo, por sus consejos y tutorías. A la Dra. Georgina Núñez, quien desde la maestría ha creído en mí y me ha brindado todo su apoyo.

A mi Madre y a mi Padre (QEPD) quienes dieron más de lo que tenían a su alcance. A mis hermanos, por siempre creer en mí.

A Adriana por hacerme mejor hombre cada día y a María Dulcinea por darme la dicha de ser padre.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todo el personal de salud que actualmente está afrontando una de las peores batallas de la humanidad, a través de sus manos y su atención demuestran día a día la bondad, el amor, la pasión y la entrega a su prójimo.

A todos aquellos médicos, enfermeras, odontólogos, nutriólogos, psicólogos, técnicos, personal de mantenimiento, intendencia, etcétera, que han fallecido por ser parte de esta lucha incansable. Dios los tenga en paz.

A Adriana y a María Dulcinea, que me ha dado la fuerza para afrontar la pandemia. Son la luz que guía mi camino.

A mis Padres y hermanos, con todo mi amor.

Abreviaturas y términos técnicos

AHRQ:	Agency for Health Research Quality
AGYD:	Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente
AOMC:	Aprendizaje organizacional/Mejora continua
CAP:	Capacitación
CSG:	Consejo de Salubridad General
CONAMED:	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DTP:	Dotación del personal
EEL:	Ética en el liderazgo
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EYAD:	Expectativas y acciones de la dirección
FEC:	Franqueza en la comunicación
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
MISP:	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente
NDE:	Notificación de eventos
NOM:	Normatividad
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PCTYT:	Problemas en los cambios de turno y transiciones
PDSP:	Percepción de seguridad del paciente
RNP:	Respuesta no punitiva a los errores
RYCSE:	Retroalimentación y comunicación sobre errores
SSA:	Secretaría de Salud
TEEU:	Trabajo en equipo en la unidad
TEEUU:	Trabajo en equipo entre unidades

Índice general

Declaración de autenticidad	2
Abreviaturas y términos técnicos	5
Índice general	6
Introducción	10
CAPÍTULO 1. NATURALEZA Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO.....	12
1.1. Antecedentes del problema a estudiar.....	12
1.1.1 <i>Estadísticas de la Salud Pública en México 2006-2016</i>	12
1.1.2 <i>Salud Pública en el Estado de Nuevo León</i>	20
1.1.3 <i>La importancia de la seguridad del paciente</i>	21
1.2. Planteamiento del problema de investigación.....	23
1.2.1. <i>Antecedentes teóricos sobre la cultura de seguridad</i>	25
1.2.2. <i>Antecedentes teóricos</i>	26
1.2.3. <i>Mapa conceptual del planteamiento del problema</i>	29
1.3 Pregunta central de investigación.....	30
1.4 Objetivo general de la investigación	30
1.4.1 <i>Objetivos metodológicos</i>	30
1.5 Hipótesis general de la investigación	30
1.6 Metodología	31
1.7 Justificación y aportaciones del estudio	31
1.8 Delimitaciones del estudio	32
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	33
2.1. Fundamento teórico de la variable dependiente Y “Cultura de seguridad del paciente”	33
2.1.1 <i>Percepción de seguridad del paciente</i>	35
2.1.2 <i>Frecuencia de eventos notificados</i>	36
2.2. Fundamento teórico de las variables independientes	37
Variables independientes X “Factores de la calidad en la Salud de la AHRQ”	37
2.2.1. <i>X1- Expectativas y acciones de la dirección</i>	42
2.2.2. <i>X2- Aprendizaje organizacional / Mejora Continua</i>	43
2.2.3. <i>X3- Trabajo en equipo en la unidad</i>	45
2.2.4. <i>X4- Franqueza en la comunicación</i>	46
2.2.5. <i>X5- Retroalimentación y comunicación sobre errores</i>	47
2.2.6. <i>X6- Respuesta no punitiva a los errores</i>	48
2.2.7. <i>X7- Dotación de personal</i>	49
2.2.8. <i>X8- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</i>	50

2.2.9. X9- Trabajo en equipo entre unidades	51
2.2.10. X10- Problemas en los cambios de turno y transiciones	52
2.2.11. X11 Ética en el liderazgo	52
2.2.12. X12- Capacitación.....	55
2.2.13. X13- El cumplimiento de normativas	55
2.3. Modelo hipótesis operativas	57
2.3.1. Hipótesis operativas	57
2.3.2. Modelo gráfico de las hipótesis operativas.....	58
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	59
3.1. Tipo y diseño de la investigación	59
3.1.1. Tipo de investigación	59
3.1.2. Diseño de la investigación	59
3.2. Métodos de recolección de datos	60
3.2.1. Elaboración del instrumento.....	60
3.2.2. Operacionalización de las variables de la hipótesis.....	61
3.2.3. Validez de contenido	63
3.3. Población, marco muestral y muestra.....	64
3.3.1. Tamaño de la muestra.....	65
3.3.2. Sujetos de estudio.....	65
3.4. Métodos de análisis	66
4.1. Prueba piloto	67
4.2. Resultados finales.....	69
4.2.1. Estadística descriptiva del perfil del encuestado (personal de salud)	69
4.2.2 Estadística descriptiva del cuestionario de seguridad del paciente AHRQ.....	74
4.2.3. Estadística inferencial con regresión lineal multivariada	80
4.2.4. Estadística inferencial con regresión lineal.....	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	88
Referencias bibliográficas	89
ANEXO 1. Cuestionario de cultura de seguridad del paciente	97
ANEXO 2. Comentarios libres del personal entrevistado del hospital general.....	103
ANEXO 3. Comentarios libres del personal entrevistado del hospital general.....	113
ANEXO 4.- Carta solicitud de participación protocolo de investigación	120
ANEXO 5.- Supuestos de correcta especificación de la regresión lineal.....	121

Índice de tablas

Tabla 1. Autores, propuestas y relevancia de estudios revisados.....	28
Tabla 2. Definiciones según la AHRQ de cada factor.	37
Tabla 3. Confiabilidad de variables de la propuesta AHRQ.	39
Tabla 4. Resultados de variables de la AHRQ.	39
Tabla 5. Resultados de la propuesta AHRQ aplicada en la Cd. Colima, Colima, México.....	40
Tabla 6. Resultados de la propuesta AHRQ aplicada en Turquía.	41
Tabla 7. Evidencia empírica de autores que han utilizado la encuesta AHRQ y las fortalezas encontradas en los hospitales de estudio	42
Tabla 8. Valores del líder en los sistemas de salud	54
Tabla 9. Normas Oficiales Mexicanas de aplicación en los Hospitales.	56
Tabla 10. Secciones de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente	61
Tabla 11. Operacionalización de las variables de la hipótesis	61
Tabla 12. Alfa de Cronbach	67
Tabla 13. Comparativo de la fiabilidad del instrumento	68
Tabla 14. Personal que participó en el estudio.....	69
Tabla 15. Distribución del turno de trabajo.....	70
Tabla 16. Distribución con respecto al área de trabajo	70
Tabla 17. Personal que tiene contacto con paciente	71
Tabla 18. Frecuencia de eventos reportados	71
Tabla 19. Antigüedad en la empresa	72
Tabla 20. Antigüedad en el departamento.....	72
Tabla 21. Total de horas laboradas por semana	73
Tabla 22. Grado académico del personal encuestado.....	73
Tabla 23. Experiencia en su profesión	74
Tabla 24. Resultado de la seguridad del paciente, por variable y global	75
Tabla 25. Resultados comparativos por hospital e indicador	76
Tabla 26. Regresión lineal multivariada: seguridad del paciente.....	80
Tabla 27. Regresión lineal multivariada: notificación de eventos	81
Tabla 28. Comparativo de porcentajes de de la revisión bibliografica.	82
Tabla 29. Regresión lineal univariada: seguridad del paciente	83
Tabla 30. Regresión lineal multivariada: variable seguridad del paciente.....	84
Tabla 31. Regresión lineal multivariada: seguridad del paciente.....	84
Tabla 32. Criterios para valoración de impacto en base a coeficientes.....	85
Tabla 33. Relación de hipótesis.....	86

Índice de figuras

Figura 1. Porcentaje de población con protección en salud, México 2000- 2006 y 2012.....	14
Figura 2. Tasa de utilización de servicios curativos ambulatorios por 100 habitantes, por grupos de edad, México.....	15
Figura 3. Distribución porcentual de utilizadores de servicios ambulatorios curativos por institución que proporciona la atención, México 2012.	16
Figura 4. Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios por institución de atención, México 2012.	16
Figura 5. Porcentaje de individuos que utilizaron servicios hospitalarios, por grupo de edad. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.....	17
Figura 6. Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante el último año por motivo de atención. México, ENSANUT 2012, ENSANUT 2018- 2019	17
Figura 7. Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante los últimos 12 meses de atención del usuario, por tipo de institución que proporciona la atención. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ENSANUT 2018-2019	18
Figura 8. Percepción de la calidad del servicio en usuarios de servicios hospitalarios, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2018-2019.	19
Figura 9. Porcentaje de usuarios que no regresarían a la misma institución de atención, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2018-2019.	19
Figura 10. Mapa conceptual del planteamiento del problema.....	29
Figura 11. Modelo gráfico de las hipótesis	58

Introducción

El presente trabajo está enfocado en determinar los factores que influyen sobre el comportamiento del personal de salud respecto a la seguridad del paciente en hospitales privados del área metropolitana de Monterrey, iniciando con los antecedentes del problema que se va a estudiar. La seguridad del paciente es un tema no actual, sin embargo, existen brechas en los factores que influyen en él. La relevancia es para el mejoramiento del sistema de salud en México derivado de las demandas de la población, presente a lo largo de la historia. El avance científico y tecnológico ha generado un aumento en la esperanza de vida al nacer y una calidad de vida de los pacientes diagnosticados con alguna patología, sin embargo, en la atención en salud aún existen errores que pueden generar daños al paciente dado que los profesionales de la salud son humanos vulnerables y en ocasiones pueden equivocarse en su práctica, es posible que puedan causar una lesión no derivada de la enfermedad de los pacientes. Es por ello por lo que esta investigación identifica los factores que influyen en el personal de salud, para la seguridad del paciente en los hospitales privados.

El objetivo de esta investigación es identificar los factores que influyen en generar seguridad del paciente del personal de salud de los hospitales privados del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, para facilitar al personal médico y de enfermería la generación de seguridad en paciente. Derivándose la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los factores internos de un hospital que ayudan al personal de salud a transmitir y generar un entorno de seguridad en los pacientes de hospitales privados? La hipótesis es que los indicadores propuestos por la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados son las expectativas y acciones de dirección, el aprendizaje organizacional, mejora continua, el trabajo en equipo en la unidad, la franqueza en la comunicación, la retroalimentación sobre errores de los profesionales de salud, la respuesta no punitiva a los errores, la dotación del personal, el apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre otras unidades, los problemas de cambios de turno y transiciones, así como otros factores como la ética en el liderazgo la capacitación y el cumplimiento de normativas.

El método de estudio es tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional, no experimental y de corte transversal a nivel exploratorio. La recolección de datos fue en un periodo único y

establecido de tiempo (noviembre 2018, fecha de recolección de los datos). Utilizándose la técnica documental y el trabajo de campo el cual se efectuó en dos hospitales privados de segundo nivel de atención, un hospital general y otro de hospital de especialidad, en estos escenarios se realizó la recopilación de datos en los sujetos de estudio.

La estructura de esta tesis es de cuatro capítulos, en el primero se expone la naturaleza y dimensiones del estudio, abordando los antecedentes del problema a estudiar, la evolución de la Salud Pública en México durante el periodo comprendido del 2006 al 2016, particularmente su evolución, estadísticas y la seguridad del paciente; el planteamiento del problema señalando sus antecedentes teóricos de la variable dependiente e independiente; el mapa conceptual, las preguntas centrales, los objetivos general y específicos, la hipótesis, la metodología, la justificación y aportaciones y por último las delimitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se detallan la conformación del marco teórico que inicia con el estudio de la agencia para la investigación y calidad del cuidado de la salud, los componentes teóricos de la variable dependiente cultura de seguridad del paciente, su percepción y frecuencia de eventos notificados. Los elementos de la inclusión de las variables independientes que son la ética en el liderazgo, las expectativas y acciones de la dirección, el aprendizaje organizacional y mejora continua, el trabajo en equipo, la franqueza de la comunicación, la retroalimentación y comunicación, la respuesta no punitiva sobre errores, la dotación de personal, el apoyo a la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente, los problemas en los cambios de turno y transiciones, terminando con capacitación y normatividad.

El tercer capítulo contempla la metodología de la presente investigación, partiendo del tipo y diseño de la investigación; los métodos de recolección de datos por medio de la elaboración del instrumento, la operacionalización de las variables de la hipótesis y la validez de contenido; continuando con la población, muestra, y los métodos de análisis.

En el último capítulo denominado análisis de resultados, se inicia con la prueba piloto, posteriormente se describen los resultados finales, de manera descriptiva del personal de salud y del cuestionario de seguridad del paciente *Agency for Health Research Quality* (AHRQ); terminado la descripción inferencial con regresión lineal. Finalizando la presente investigación con las conclusiones y recomendaciones derivadas de la indagación teórica y empírica.

CAPÍTULO 1. NATURALEZA Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO

En el presente capítulo se abordan los errores derivados de diferentes factores de la práctica del personal de salud que originan una persuasión distorsionada del usuario sobre el proceso atención-enfermedad; estas acciones repercuten en la Salud Pública en México y sobre todo en la **cultura** de seguridad del paciente. En el caso de los hospitales privados son afectados por estas; al arribo del paciente tiene la idea que será tratado de manera diferente a las instituciones públicas en las cuales la sobrepoblación y la carga laboral, en ocasiones, conlleva a errores en la atención de la enfermedad de ingreso adjuntándose a está, otro diagnóstico sin relación patológica con el primero y provocado por un error humano también llamado evento adverso. Este tipo de acciones aumenta el temor de sufrir un daño en su estadía en un nosocomio privado. Es por ello por lo que en este capítulo se aborda dicha problemática, resaltando la importancia de su estudio de lo contrario el problema central se incrementará afectando seriamente la imagen de la atención hospitalaria privada.

1.1. Antecedentes del problema a estudiar

1.1.1 Estadísticas de la Salud Pública en México 2006-2016

A manera de descripción histórica de la Salud Pública, desde antes de Cristo ya se intentaba reestablecer la salud por diversos medios y diferentes técnicas (Cruce, 1999). Sin embargo, aunque es indispensable esta atención, es necesario trabajar al respecto para mejorar este tipo de atención, como se señaló en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2002 donde se pidió que los países miembros presten mayor atención al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria. Esto reconoce que, a pesar de tener nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, si no se trabaja bajo un sistema de calidad bien implementado el paciente puede terminar perjudicado (Organización de la Salud, OMS, 2002). Es importante resaltar que el trabajo realizado por la Organización de la Salud (OMS) para impulsar la mejora de la seguridad del paciente, concluye que la atención médica es una temática relevante.

Para 2005, se reforzaron las acciones en pro de la seguridad del paciente, en donde el tema principal fue “Una atención limpia es una atención más segura”. Esto enfocado en la reducción de las infecciones asociadas al cuidado de la salud y cuyos resultados esperados fue el salvar vidas, elevar la seguridad del paciente y mejorar la vida de millones de enfermos y sus familias (OMS, 2005).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra las deficiencias en la atención a los pacientes ya que en el 2008 estimó que decenas de millones de pacientes alrededor del mundo sufrían lesiones incapacitantes o muerte por malas prácticas médicas o una atención insegura (OMS, 2008), por lo cual, se pensaba que alrededor de uno de cada de 10 pacientes sufrían algún daño al recibir atención médica incluso en hospitales bien financiados y con alta tecnología. Es por ello que otro reto global fue lanzado por la OMS en 2008, el cual lleva por nombre “La cirugía segura salva vidas”, el cual está enfocado a cuatro áreas temáticas: cirugía limpia, anestesia segura, equipos quirúrgicos adecuados y profesionales seguros y garantía de calidad. (Fajardo-Dolci & Gérman, 2010)

En México, también existe la preocupación por mejorar la seguridad del paciente, ya que se convierte en un componente fundamental de la mejora de la calidad de los servicios de salud como se plasmó en el Plan Nacional de Desarrollo del (Gobierno de la República, 2013), así como en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013), en donde se establecen diversas acciones para la reducción y prevención de eventos que dañen al paciente derivados de la atención médica.

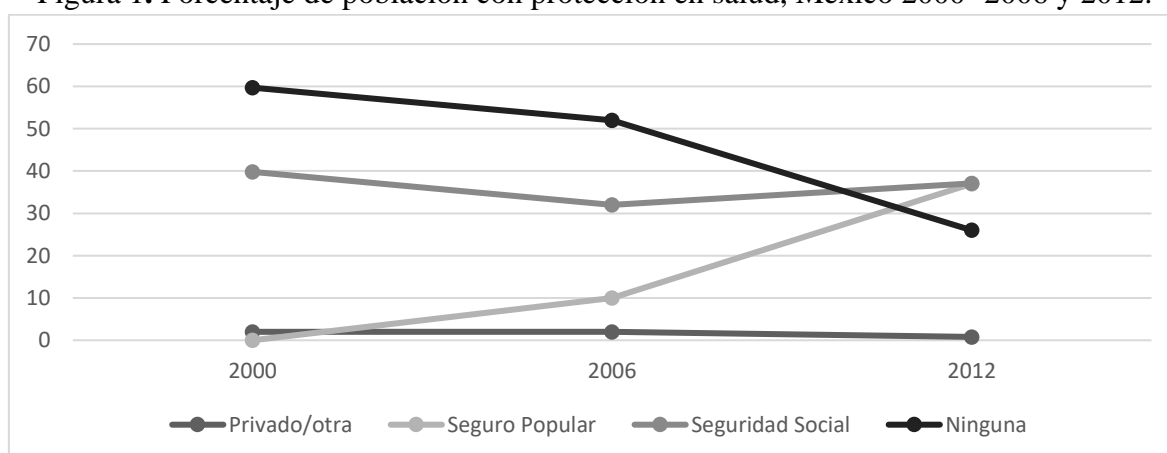
Entre ellas destacan:

- a) Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en instituciones de salud.
- b) Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en instituciones de salud.
- c) Elaborar programas de mejora continua en la calidad y seguridad del paciente.

Los servicios hospitalarios en México datan de 1954, y a lo largo del tiempo y con el crecimiento de la población se han construido al menos 4, 352 hospitales, de los cuales 3,172 son del ámbito privado y, de los cuales, se estima que solo el 6% cuentan con más de 25 camas (Gómez *et al.*, 2011).

En México, las opciones disponibles para la atención en salud son a través de servicio público como el seguro popular, la seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) etcétera. Otra alternativa es través de servicio privado, ya sea que los gastos corran a través de un tercer pagador el cual a través de una empresa como una aseguradora, esta paga al hospital proveedor del servicio o de manera directa por el paciente. Con respecto a la distribución de estos, en 2012, alrededor del 37% de la población tenía seguro popular y seguridad social, menos del 5% tenía acceso a la atención médica privada y un 25% de las personas no tenían acceso a servicios de salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013), véase Figura 1.

Figura 1. Porcentaje de población con protección en salud, México 2000- 2006 y 2012.

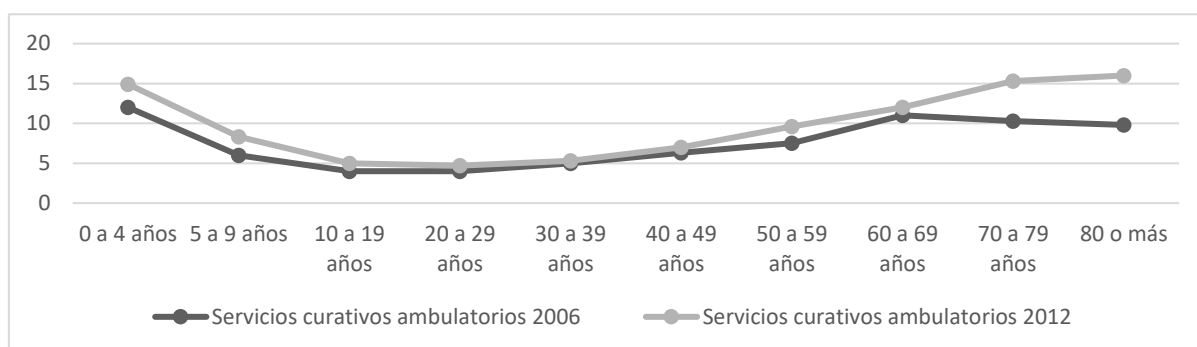


Fuente: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

Es importante indicar que para este caso se retoma la información hasta el 2012 porque los datos derivados en el 2018 ya no consideran el seguro popular por poner un ejemplo ya que los programas y prioridades en el sistema público pueden sufrir modificaciones cada sexenio, ni variables de interés para este estudio. En términos generales la población gasta en salud un 4.2% de su ingreso total y los indicadores de bienestar reportan que el 21.4% de la población tiene falta de acceso a la seguridad social, esto por debajo de la falta de acceso a la seguridad social, la cual es la carencia más elevada de los indicadores de bienestar con un 63.1% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

La población de México distribuida por grupos de edad tiene una utilización de los servicios curativos ambulatorios (2 semanas previas a la recaudación de los datos de la encuesta), es mayor a la reportada por la misma encuesta seis años antes, se tiene como resultado que los grupos de edad de mayor necesidad de atención fueron los extremos de la esperanza de vida, es decir, de 0-4 años y de 80 años o más, tal como se observa en la Figura 2.

Figura 2. Tasa de utilización de servicios curativos ambulatorios por 100 habitantes, por grupos de edad, México

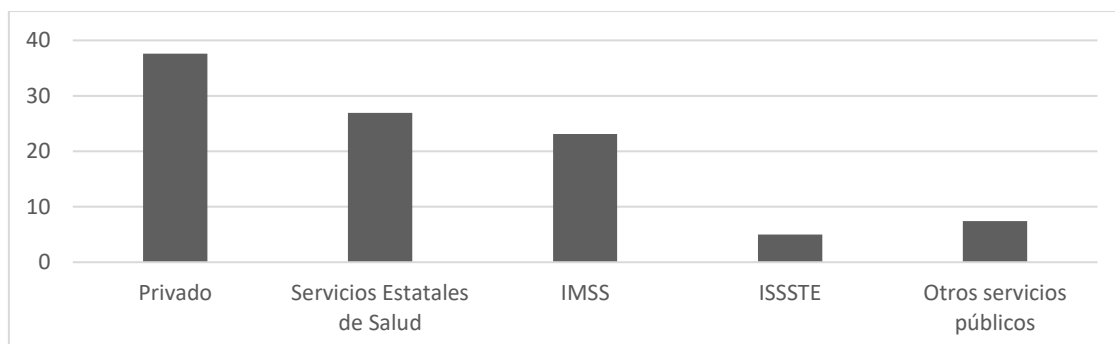


Fuente: ENSANUT 2006 y 2012.

Las enfermedades más comunes que se presentaron en los pacientes para que utilizaran estos servicios fueron de mayor a menor: enfermedades y síntomas respiratorios agudos, diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad, enfermedades y síntomas gastrointestinales, lesiones, enfermedades urológicas, enfermedades y síntomas respiratorios crónicos, síntomas neurológicos y psiquiátricos y enfermedades reumatológicas y dermatológicas.

La utilización de servicios curativos ambulatorios se distribuyó en un 37.6% en unidades de atención privada, 26.9% en servicios estatales de salud, el 23.1% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 5% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 7.4% en otros públicos. Esto genera relevancia dado que uno de cada tres pacientes acudió a atenderse en una institución privada. Como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Distribución porcentual de utilizadores de servicios ambulatorios curativos por institución que proporciona la atención, México 2012.



Fuente: ENSANUT 2012.

Una de las razones para la utilización de servicios privados de salud en México son evitar los tiempos de respuesta prolongados que tienen las instituciones públicas, las cuales pueden llegar a ser de hasta 90.6 minutos. Las unidades privadas tienen un tiempo promedio de atención de 25 minutos, como se puede apreciar en la Figura 4.

Figura 4. Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios por institución de atención, México 2012.

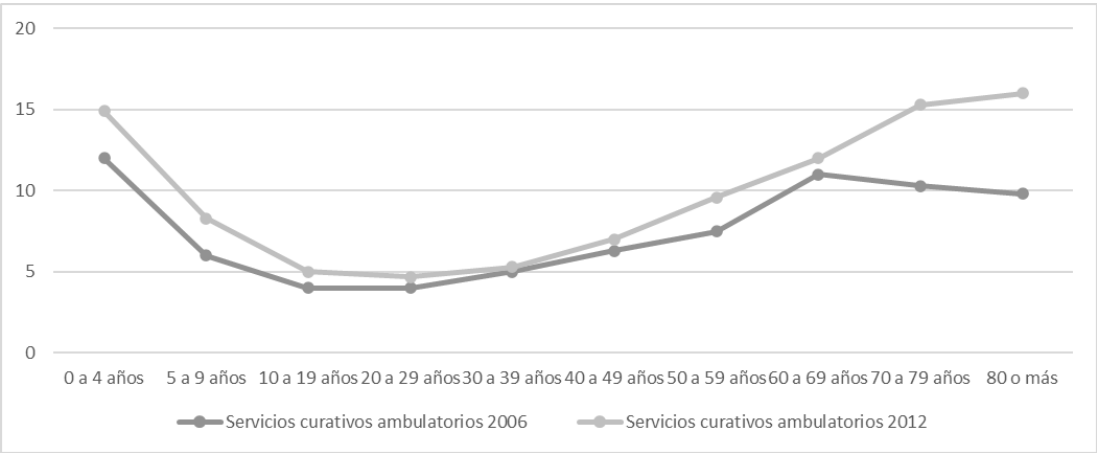


Fuente: ENSANUT 2012.

Con respecto a los servicios de hospitalización, los grupos de edad cambian, dado que estos servicios suelen ser más utilizados con respecto al incremento de la edad del paciente, tal

como se muestra en la Figura 5 en donde se observa que el grupo de 20 a 29 años tiene un porcentaje cercano al 6%, al igual que los grupos de edad de 60 años en adelante.

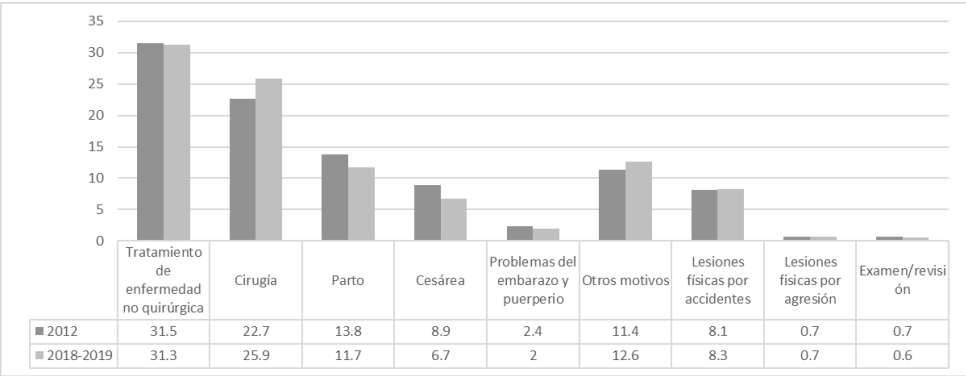
Figura 5. Porcentaje de individuos que utilizaron servicios hospitalarios, por grupo de edad. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.



Fuente: ENSANUT 2012.

Los motivos de atención hospitalaria fueron tratamiento de enfermedades no quirúrgicas con una diferencia solo de 0.2% entre 2012 y 2018-2019, cirugías con un porcentaje de 25.9% para 2018-2019, partos y cesáreas con un descenso en 2018-2019, problemas del embarazo y puerperio, otros motivos, lesiones físicas por accidentes, lesiones por agresiones y exámenes o revisión (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020)., véase en la Figura 6.

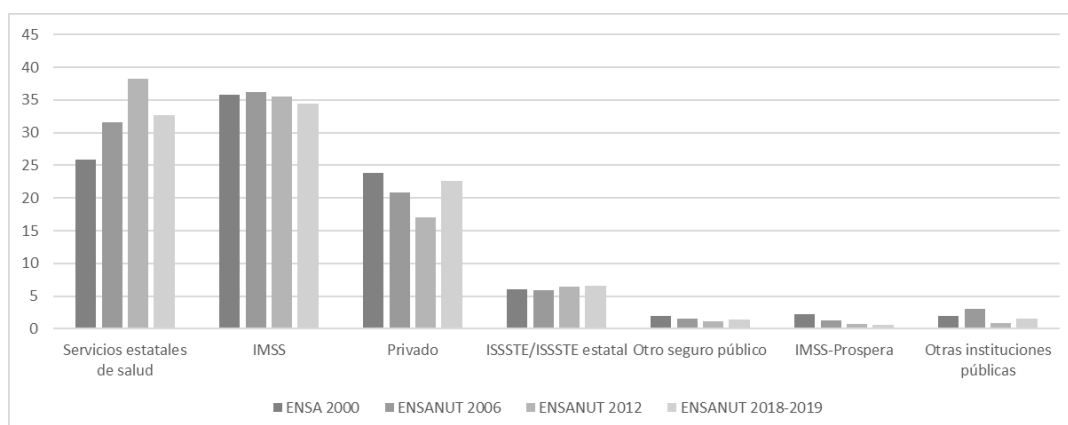
Figura 6. Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante el último año por motivo de atención. México, ENSANUT 2012, ENSANUT 2018-2019.



Fuente: ENSANUT 2012 y ENSANUT 2018-2019.

La manera en que son utilizados los servicios hospitalarios en México se distribuye en un 23.9% de la población en hospitales privados, 35.8% y 6.1% en IMSS e ISSSTE, respectivamente y un 25.9% en servicios estatales de salud según la encuesta ENSANUT colocada en 2012. Tomando en cuenta los datos del año 2006 y 2000 la utilización de hospitales privados ha venido a la baja, sin embargo, en la encuesta realizada en 2018, el uso de hospitales privados tuvo un porcentaje del 22.6%, como se puede observar en la Figura 7.

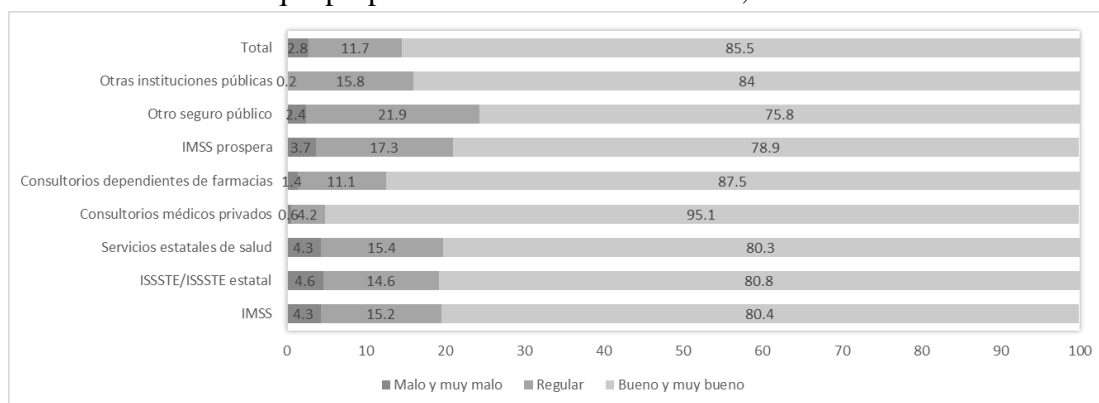
Figura 7. Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios durante los últimos 12 meses de atención del usuario, por tipo de institución que proporciona la atención. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ENSANUT 2018-2019.



Fuente: ENSANUT 2012 y ENSANUT 2018-2019.

Con respecto a la percepción de calidad del servicio de los hospitales, se observa que a nivel nacional un promedio de 95.1% que lo percibe como muy buena o buena, por el contrario, solo el 0.2% de los usuarios la califica como mala o muy mala, asimismo el 6.9% de los pacientes no volvería a utilizar los servicios de salud que le brindó la unidad hospitalaria, como se observa en la Figura 8.

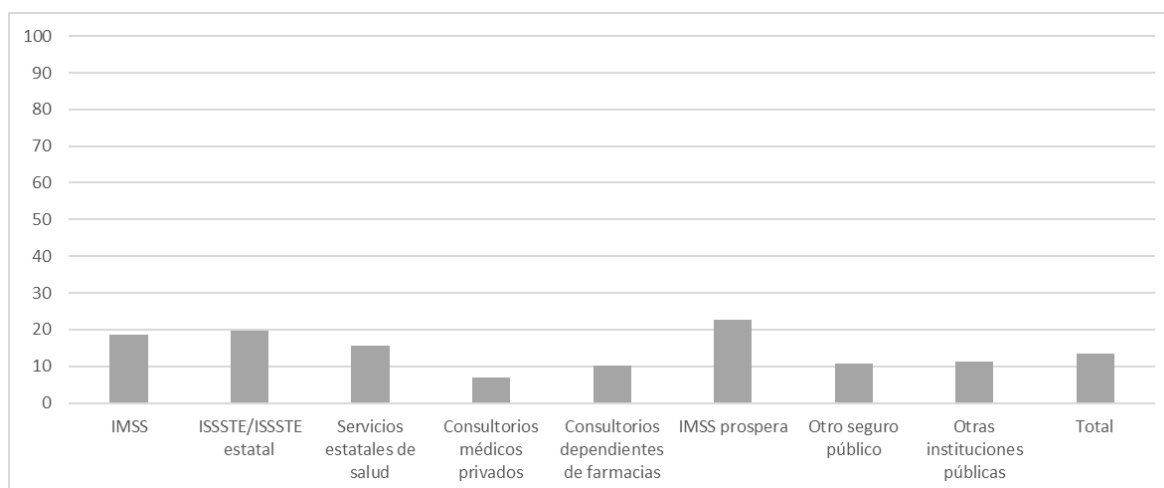
Figura 8. Percepción de la calidad del servicio en usuarios de servicios hospitalarios, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2018-2019.



Fuente: ENSANUT 2018-2019.

Asimismo, la institución que tiene un menor porcentaje de percepción de calidad de atención son las instituciones públicas afiliadas a una paraestatal, como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), PEMEX y Secretaría de Marina (SEMAR). En los hospitales privados se observa que alrededor del 7% de los usuarios no volverían a atenderse, como se observa en la Figura 9.

Figura 9. Porcentaje de usuarios que no regresarían a la misma institución de atención, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2018-2019.



Fuente: ENSANUT 2018-2019.

Según la Dirección General de Información en Salud, en México, del total de unidades de atención en salud, el 88% corresponde al sector público y solo el 12% a instituciones del ámbito privado. El crecimiento de las unidades privadas del 2003 al 2013 ha sido de 1.1%, a diferencia de las unidades del sector público, las cuales pasaron de 19,505 a 22,228 unidades en el mismo periodo de tiempo, lo cual corresponde a un crecimiento del 14%.

El personal de salud está distribuido en las unidades públicas con un 71.7% y en el sector privado con uno 23.8% del total de los médicos, asimismo, 86.4% del personal de enfermería está en el sector público. Durante el periodo de 2003 a 2013, hubo un crecimiento del personal médico en el ámbito privado del 55.8%, lo cual significó alrededor de 27,176 médicos que realizan su práctica profesional en estos hospitales. Asimismo, el personal de enfermería creció en un 32.9% en los hospitales privados en el mismo periodo de tiempo. (DGIS, 2016)

1.1.2 Salud Pública en el Estado de Nuevo León

En el estado de Nuevo León, los 51 municipios cuentan con presencia de servicios de salud dividido en jurisdicciones sanitarias, las cuales, a su vez, se dividen en ocho. Los servicios de primer nivel de atención incluyen centros de salud, unidades móviles, unidades de especialidades médicas. Los de segundo nivel de atención se conforman por el Hospital Metropolitano, Hospital Regional Materno Infantil, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, etcétera.

La población del estado que no cuenta con algún tipo de seguridad social se estima en alrededor de 1,588,783 personas de las cuales el 83% se encuentra en el área metropolitana de Monterrey. En el 2014, Nuevo León presentó la esperanza de vida al nacer más alta del país, con 76 años en promedio, 73.3 años para los hombres y 78.8 años para las mujeres.

En cuestión de defunciones, las principales causas de muerte en el Estado de Nuevo León de mayor a menor frecuencia son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y accidentes, estas causas de muerte representan el 56.6% del total de las defunciones, según el Sistema Epidemiológico Estadístico de las Defunciones en 2018.

El Consejo de Salubridad General (CSG) certifica a los establecimientos de atención médica bajo el modelo de seguridad del paciente, para el cual se consideran cuatro sistemas críticos: sistema de manejo y uso de medicamentos, sistema de prevención y control de infecciones, sistema de competencias y capacitación del personal y el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones. Estos sistemas se encuentran bajo la perspectiva proactiva y reactiva en el cual se logra el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error y a la vez, se evita al máximo la ocurrencia de estos mediante barreras de seguridad de manera estandarizada y sistemática (CSG, 2017). Esta certificación del CSG es de manera gratuita y se realiza sólo a los hospitales que así lo deseen, lo cual genera poco interés de parte de los hospitales, porque no está en la ley la obligación de certificar al hospital. Para mayo de 2021, son 145 hospitales públicos y privados los que cuentan con certificación vigente por parte este organismo, y de los cuales sólo 18 corresponden al estado de Nuevo León, 12 de ellos son privados (CSG, 2021).

Como se observa en la información antes mencionada, la seguridad del paciente es sumamente importante, por lo tanto, es primordial determinar los factores dentro de los hospitales privados que permiten al personal médico y de enfermería generar seguridad del paciente.

1.1.3 La importancia de la seguridad del paciente

La cultura según la Real Academia de la Lengua Española se define como “Conjunto de modos de vida y costumbre, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etcétera”. Asimismo, la seguridad del paciente tiene como definición según la OMS, la reducción de riesgo de daño asociado a la atención sanitaria a un mínimo aceptable. Una definición propia de cultura de seguridad del paciente sería, “conjunto de modos y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo científico aplicado a la reducción al máximo aceptable de daños durante la atención sanitaria”.

Desde inicios del siglo XIX a la fecha, la cultura de seguridad del paciente ha ido evolucionando, en sus inicios se realizaba de manera intuitiva, sin que se hiciera realmente un análisis a fondo de las variables, como el trabajo en equipo, la comunicación y retroalimentación sobre errores, las expectativas y acciones de la dirección para la seguridad

del paciente, etcétera. Existen algunas referencias importantes que destacar: dos fragmentos del antiguo libro *Corpus Hippocraticum* los cuales hacen alusión a que los médicos y filósofos de aquella época, comenzaban a preocuparse por la seguridad de los pacientes, uno de ellos es la frase “primero no hacer daño” la cual hasta la fecha es aplicada en las escuelas de medicina. Otra corriente que aportaba a la seguridad del paciente fue la de Pierre Charles Alexandre Louis, el cual introdujo “la necesidad de contar” en la medicina, ya que esto era imprescindible para la mejora, ya que permitía apreciar la duración de las enfermedades, asignarles un grado de gravedad, saber su frecuencia relativa y la eficacia de los tratamientos.

Aranaz y Agra (2010) señalan que fue Florence Nightingale quien aportó con la aplicación de medidas higiénicas, como el lavado de manos entre la atención de un paciente y otro como mecanismos para reducir la mortalidad de un 40% a un 2%. Codman (1912), por su parte es conocido como el padre de la calidad asistencial, el cual se destacó por registrar los errores de diagnóstico y tratamiento, ligando estos a los resultados finales de los pacientes para hacer mejoras.

La cultura de seguridad del paciente es un tema relacionado con los hospitales que ponen como estandarte la atención del paciente sin causarle un daño asociado a la atención médica, y se define como el conjunto de esfuerzos encaminados a hacer el bien al paciente, no a través de un profesional de la salud, sino en toda la organización, lo que involucra al personal administrativo, clínico y paramédico de los hospitales. También se define como “el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento (individuales y colectivos) que determinan el compromiso con la gestión de salud y la seguridad de la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión” (OMS, 2009).

Es primordial para mantener la cultura de seguridad del paciente, saber qué se está haciendo mal a través de un sistema de notificación de incidentes en donde todos el personal clínico, no clínico y paramédico tenga la oportunidad de reconocer sus errores sin recibir un castigo por esto, ya que esta actividad no debe ser punitiva, y que esta información sea utilizada para desarrollar métodos para prevenir un nuevo error asociado a la atención en salud.

1.2. Planteamiento del problema de investigación

Los hospitales son unidades complejas por el hecho de estar habilitadas las 24 horas del día, los siete días de la semana, aunado al hecho de que cada paciente requiere una atención distinta para cada padecimiento. A lo anterior se le suma la diversidad de recursos utilizados y la diversidad de procesos que se llevan a cabo para la operación del hospital (González et al., 2014).

El problema de la falta de cultura de seguridad del paciente es un tema de importancia por lo citado en los antecedentes del fenómeno a estudiar, el problema de carencia de seguridad del paciente existe y está influido por varios factores: falta de comunicación, el no trabajar en equipo (factores ambientales), poca formación y aprendizaje (factores individuales) y sobre todo el error humano (Palacio, 2011).

Otras investigaciones señalan que los eventos adversos que suceden en la atención médica están relacionados con la falta de apego a procedimientos establecidos por los hospitales, en donde está falta de seguimiento a procesos está presente en el 57.7% de los eventos adversos (Zárate *et al.*, 2015).

“La esencia del error en medicina es resultado de una mala toma de decisiones que se deriva de una serie de acciones desacertadas, no fundamentadas y que rebasan las barreras de defensa debido a la falta o no apego a procesos” (Carrillo, 2011, p.285).

La OMS (2009) menciona que el problema de seguridad del paciente está plasmado en el profesional de la salud, sin embargo, es humano y, por ende, puede equivocarse. Por desgracia el error puede poner en riesgo la vida del paciente, algunos datos traídos de un estudio de este organismo revelan lo siguiente: un evento adverso sucede entre un 2.9% y un 3.7%, aunque este evento sólo lleva a la muerte del paciente entre el 6.6% y 13.6%. Los eventos adversos que ocupan 8vo lugar en causales de muerte, solo por debajo de las muertes causadas por accidentes vehiculares, cáncer de mama y pacientes con síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En este mismo estudio sobre la seguridad del paciente difundidos por la OMS señalan que se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1 en 3,000,000, mientras que el

riesgo de morir por un accidente médico que se puede prevenir es de solo 1 en 300. Esto demuestra que la seguridad del usuario es mayor en industrias como la aviación o la industria nuclear, que en los servicios de atención médica.

A nivel mundial, otro dato revelador es que 1 de cada 10 pacientes ha sufrido algún tipo de daño mientras recibe atención médica en la hospitalización, de estos al menos el 50% de las situaciones el evento se considera que se pudo prevenir. Los eventos adversos son probablemente una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, datos recientes demuestran que cada año se producen 134 millones de eventos adversos por falta de seguridad en la atención recibida en hospitales de los países de ingresos bajos, al menos 2.6 millones de los eventos adversos resultan ser mortales. El 40% de los pacientes sufre daño en la atención primaria y ambulatoria, los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico y la prescripción y uso de medicamentos (OMS, 2009).

En Canadá se señala que al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños que han sufrido los pacientes derivados de la atención sanitaria. Datos recientes demuestran que el 15% del gasto sobre las actividades hospitalarias en países miembros de la OCDE, son el resultado de eventos adversos (OMS, 2009).

Invertir en seguridad del paciente puede conseguirse ahorros significativos y mejores resultados para los pacientes. Por ejemplo, en Estados Unidos de América las acciones de mejoras enfocadas a la seguridad del paciente lograron un ahorro estimado de 28 millones de dólares en los hospitales de Medicare entre el 2010 y 2015 (Al Lawati *et al.*, 2018).

La falta de seguridad y errores en la medicación como las dosis incorrectas, instrucciones poco claras o prescripciones inadecuadas causan daños a millones de pacientes, el costo estimado de estos errores se ha calculado en 42 millones de dólares, sin contar las pérdidas salariales y de productividad ni los costos de atención sanitaria (Denkins, 2013).

De acuerdo con González *et al.*, (2014), en aproximadamente un 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria en los Estados Unidos tienen errores diagnósticos y aproximadamente la mitad de estos errores pueden causar daños graves. Un estudio de Malasia estableció la ocurrencia de los errores en un 3.6%. El 10% de los pacientes hospitalizados en países de bajos y medianos ingresos adquieren una infección asociada a la

atención en salud, y al menos 7% de los pacientes de países de altos ingresos sufren infecciones derivadas de una atención.

La Organización Mundial de la Salud estima que 7 millones de pacientes tienen un evento adverso derivado de complicaciones quirúrgicas al año, y de este al menos 1 millón muere durante la intervención o inmediatamente después de ella. Gracias a las mejoras en la seguridad del paciente, las muertes relacionadas con estas complicaciones han disminuido en los últimos 50 años, pero siguen siendo de 2 a 3 veces más numerosas en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2019).

En el caso de México, se disponen de escasos datos para identificar la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos, sin embargo existen barreras que se plantean pueden reducir el riesgo de daño al paciente a través de la implementación de la cultura de seguridad del paciente, la cual estaría conformada por diferentes factores tales como: las acciones de la dirección, la mejora continua, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la retroalimentación sobre los errores, la respuesta no punitiva ante el error, el apoyo de la dirección y el liderazgo ético como se muestra en el mapa conceptual del planteamiento del problema. Estas acciones son propuestas por Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ).

1.2.1. Antecedentes teóricos sobre la cultura de seguridad

Otra de las definiciones del concepto de cultura de seguridad es: compartir valores actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, por ende, adquirir una cultura de seguridad del paciente requiere la comprensión de valores, actitudes, creencias y normas que son importantes para las unidades de atención médica, así como aprender qué actitudes y comportamientos son aceptados y esperados para la seguridad de los pacientes. (Mohamed *et al.*, 2014).

La manera de medir esta cultura de seguridad del paciente se ha realizado en algunos estudios con la escala de Manchester Patient Safety Framework, la cual fue diseñada para medir dinámica y multidimensionalmente la cultura de seguridad y permite identificar subculturas dentro de una sola organización, dado que las subculturas influyen en la detección de errores

y aprendizaje dentro de las organizaciones. Este instrumento mide 10 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, las cuales son: compromiso con la seguridad del paciente, prioridad dada a la seguridad, errores del sistema y responsabilidad individual, registro de incidentes y mejores prácticas, aprender y efectuar cambios, comunicación sobre temas de seguridad, enfoque de la educación y trabajo en equipo. Esta herramienta se utiliza mejor como herramienta educativa de para los prestadores de servicios de salud y gerentes de atención médica. (AL Lawati *et al.*, 2018).

La encuesta para medir la cultura de seguridad del paciente, generada por la AHRQ, fue diseñada en 2004, y fue adaptada y modificada para los hospitales y también cuenta con una versión aplicable para servicios de primer nivel de atención, esta encuesta mide las perspectivas de los profesionales de la salud hacia la cultura de seguridad del paciente a nivel individual y a nivel de la organización, se realizó con más de 1,400 trabajadores de salud en 21 hospitales de Estados Unidos. Esta herramienta fue desarrollada a partir de una extensa revisión bibliográfica en temas de seguridad, accidentes, errores médicos, clima y cultura de seguridad, y clima y cultura organizacional, así como con entrevistas del personal. La encuesta tiene actualmente una versión adaptada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recomendada por el Consejo de Salubridad General para su aplicación en hospitales mexicanos.

1.2.2. Antecedentes teóricos

La cultura de seguridad del paciente es un tema relacionado con los hospitales que ponen como estandarte la atención del paciente sin causarle un daño asociado a la atención médica, y se define como el conjunto de esfuerzos encaminados a hacer el bien al paciente, no a través de un profesional de la salud, sino a través de toda la organización, lo que involucra al personal administrativo, clínico y paramédico de los hospitales.

Es primordial para mantener una seguridad del paciente, saber que se está haciendo mal a través de un sistema de notificación de incidentes en donde todos el personal clínico, no clínico y paramédico tenga la oportunidad de reconocer sus errores sin recibir un castigo por esto, ya que esta actividad no debe ser punitiva, y que esta información sea utilizada para desarrollar métodos para prevenir un nuevo error asociado a la atención en salud.

La implementación de procedimientos son un criterio que se debe exigir en todas las organizaciones sin importar el giro, esto es cada vez más común ya que la calidad se ha convertido en un factor de competitividad, de liderazgo y al final como un diferenciador (Fariña & González, 1998).

La calidad de la atención médica es difícil de definir, dado que ningún servicio de salud posee una característica única determinante, sino múltiples rasgos o atributos susceptibles de la evaluación que, junto con otras muchas funciones o utilidades, el consumidor valora de diferente forma según sus necesidades (Varo, 1994). Sin embargo, una definición más clara la provee Aguirre (2005), la cual dicta como otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

La cultura positiva de seguridad del paciente en los hospitales es un requisito esencial para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos, y así aprender de los errores de manera proactiva para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir (Ministerio de sanidad y política social, 2009). Existen dos tipos de daños al paciente los cuales son clasificados debido a su magnitud sobre el paciente, uno de ellos es el evento adverso, el cual se define como el daño al paciente que no está relacionado con el transcurso natural de la enfermedad y es un daño reversible como por ejemplo una flebitis. Y el evento centinela, en el cual el daño no está relacionado con el transcurso natural de la enfermedad y que resulta irreversible, como por ejemplo la muerte.

La atención en salud que se presta de manera insegura da como resultado el aumento de la mortalidad y la morbilidad evitables, además del aumento en el gasto, lo cual al final impacta en la eficacia y eficiencia de los servicios de salud (Ferreira & Chiminelli, 2014).

Upenieks (2003), señala que los recursos humanos en el área de la salud son un tema importante para tratar, porque afrontan grandes retos. Por ejemplo, en el área de enfermería, el hecho de que una enfermera tenga un buen ingreso no es una razón suficiente para la retención del personal. Ya que la cultura de una organización es muy importante, especialmente si se trata de un lugar saludable para trabajar (Tsai, 2011).

Kathris (2007) planteó el objetivo de cómo determinar el impacto de los líderes y tipos de cultura organizacional en los resultados de la organización. El autor concluyó en que los empleados perciben congruencia con el estilo de liderazgo y la cultura de la organización, lo cual, si es de manera positiva, impacta de igual manera a los resultados de la institución.

Sterling (1997) realizó un estudio cualitativo cuyo propósito fue describir, analizar y explicar cómo lograr la reducción de costos en un hospital, dando como resultado que los colaboradores del hospital piensan que la reducción de costos no debe de afectar a la seguridad de los pacientes.

En México se realizó un estudio que demostró que los médicos que laboran bajo jornadas laborales prolongadas y que, a su vez, existe multi contratación institucional, lo que significa que laboran en más de una institución de salud, y que esto lleva a estrés, mala alimentación, falta de descanso y esparcimiento y ellos concluyen que bajo estas condiciones, las instituciones de salud no están diseñadas, ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran (Arenas *et al.*, 2004). Asimismo, Fajardo-Dolci *et al.*, 2010, indican que 51%, en donde el apartado de comunicación presentó un resultado menor a las dimensiones estudiadas, concluyendo que es necesaria la implementación de acciones institucionales para mejorarla.

Tabla 1. Autores, propuestas y relevancia de estudios revisados.

<i>Investigador</i>	<i>Propuesta teórica</i>	<i>Relevancia</i>
Coustasse (2004)	La implementación un sistema de gestión genera un incremento en la satisfacción del paciente y la gestión financiera.	La implementación de procesos genera un beneficio, pero en qué apego existe en los Hospitales de la Asociación Médica Mundial (AMM) será lo que se evalúe.
Kathris (2007)	El liderazgo y la cultura organizacional están relacionados en los hospitales.	Identificación de un liderazgo humanista en los hospitales privados del AMM, para ver el impacto que tiene en el desarrollo de la organización

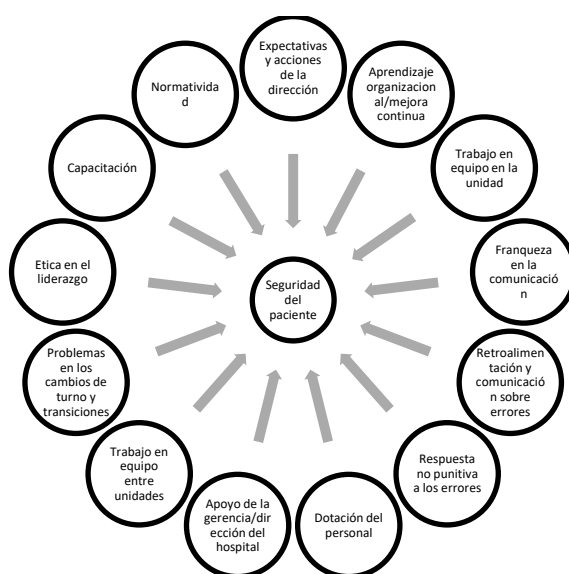
Sterling (1997)	La reducción de costos no debe perjudicar la seguridad del paciente.	El privilegio es la seguridad del paciente, independiente de los gastos que esto genere.
Arenas <i>et al.</i> , (2004).	El médico en México tiene jornadas prolongadas de trabajo en más de una institución de salud.	Existe la posibilidad de una mala atención del profesional de la salud y un impacto negativo para la institución
Jaraiz, (2013)	La satisfacción del paciente está dada por variables intangibles como la atención del profesional de la salud.	El personal no satisfecho en el hospital puede brindar una atención deficiente al paciente, y así perder clientes.

Fuente: elaboración propia.

1.2.3. Mapa conceptual del planteamiento del problema

Dentro la red de contenidos conceptuales se ilustra la vinculación de la cultura de seguridad del paciente y los indicadores del AHRQ con la finalidad de conocer de la manera sistemática el problema central (ver Figura 10).

Figura 10. Mapa conceptual del planteamiento del problema.



Fuente: Elaboración propia.

1.3 Pregunta central de investigación

¿Cuáles son los factores de la calidad en la salud que generan seguridad del paciente por parte del personal en hospitales privados?

1.4 Objetivo general de la investigación

Describir los factores de la calidad en la salud (propuestos por la AHRQ) que inciden en generar una cultura de seguridad del paciente en el personal médico y de enfermería de los hospitales privados que se encuentran localizados en Monterrey, Nuevo León, México.

1.4.1 *Objetivos metodológicos*

- a) Analizar los antecedentes de la importancia de la seguridad del paciente y la evolución de la salud publica en México del 2006-2018.
- b) Revisar en el marco teórico los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente mediante el AHRQ.
- c) Adaptar el instrumento de la AHRQ para ser utilizado en medir los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente.
- d) Definir la muestra de la población que va a ser encuestada
- e) Aplicar y validar la encuesta de la AHRQ
- f) Analizar resultados

1.5 Hipótesis general de la investigación

Los indicadores propuestos por la AHRQ que favorecen la cultura de seguridad del paciente en los hospitales privados son las expectativas y acciones de dirección, el aprendizaje organizacional, mejora continua, el trabajo en equipo en la unidad, la franqueza en la comunicación, la retroalimentación sobre errores de los profesionales de salud, la respuesta no punitiva a los errores, la dotación del personal, el apoyo de la gerencia del hospital en la

seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre otras unidades, los problemas de cambios de turno y transiciones, así como otros factores como la ética en el liderazgo la capacitación y el cumplimiento de normativas.

1.6 Metodología

El diseño de la investigación es no experimental, transversal y de tipo correlacional. Se analiza al profesional de la salud que se desempeña en hospitales privados certificados localizados en Monterrey, Nuevo León. Se utiliza estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, se valida el instrumento con el Alfa de Cronbach y se usa una regresión lineal para correlacionar variables cuantitativas con un análisis multivariado.

1.7 Justificación y aportaciones del estudio

1.7.1 Justificación práctica

La justificación práctica de este estudio se sustenta en la relevancia para la gestión de los servicios de salud, puesto que un hospital con una gestión inadecuada puede desencadenar en mala práctica médica, eventos adversos y por ende que la sociedad pierda la confianza en los prestadores de servicios de salud, cuando quizá ellos solo estén fallando por un mal manejo del hospital.

1.7.2 Justificación teórica

En la revisión de la literatura se ha encontrado un abordaje distinto al planteado en este proyecto en el cual se involucran hospitales privados en donde también es importante verificar la situación que viven con respecto a la cultura de seguridad del paciente por lo cual se obtendrán resultados para tomar decisiones que beneficiarán no solo al hospital y los profesionales que en él laboran, sino a todos los pacientes que hacen válido su derecho a la salud. Asimismo, no se tiene la certeza de cuáles son las estrategias que se deben seguir para generar seguridad del paciente, es por eso por lo que en este estudio se pretende determinar cuáles son estas estrategias que deberían de seguir los tomadores de decisiones para asegurar una cultura de seguridad del paciente en los hospitales que están a su cargo.

1.7.3 Justificación metodológica

El estudio pretende al final, demostrar los beneficios integrales que genera la implementación de las variables propuestas en este estudio, para que los dueños, administradores y prestadores de servicios de salud, se enfoquen y pueden brindar una atención médica segura con un sustento estadístico.

1.8 Delimitaciones del estudio

Delimitación espacial y demográfica: esta investigación se realiza en el Área Metropolitana de Monterrey en dos hospitales privados, un hospital general y un hospital de especialidad. El sujeto de estudio será el personal médico y de enfermería.

Delimitación temporal: Estudio transversal por lo cual se levantaron los datos solo una vez en el mes de noviembre a diciembre del 2018.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Dentro este capítulo se fundamenta teóricamente el objeto de estudio, empleándose investigaciones difundidas en artículos científicos de alto impacto académico realizados en los últimos años a nivel internacional y nacional; con la finalidad de reflejar los nuevos abordajes teóricos más significativos que tenga con la temática y con nuevos enfoques paradigmáticos para futuras investigaciones.

2.1. Fundamento teórico de la variable dependiente Y “Cultura de seguridad del paciente”

Existen múltiples razones por las cuales se puede generar un incidente en la seguridad del paciente, este incluye factores ligados a la tarea, la comunicación entre profesionistas, la información sobre el paciente, el trabajo en equipo, la formación y el aprendizaje, los equipos o dispositivos, los fármacos, los recursos humanos, los factores ambientales, la situación de emergencia y los factores individuales de los profesionales.

Los factores contribuyentes ligados a la tarea son los protocolos, guías, procedimientos, procesos que pueden estar desactualizados, incomprensibles, ambiguos, que no están diseñados para el tipo de pacientes que se atienden en el hospital, irreales de acuerdo con la infraestructura o insumos con los que cuenta la organización, que no estén publicados, o que la información que aporta no sea la suficiente para la actividad a realizar. Otro factor ligado a la tarea es que no haya ayuda en la toma de decisiones, por ejemplo, que no exista acceso a especialistas o a personal con mayor experiencia, o simplemente no existan ayudas para calcular dosis o velocidad de infusión de un medicamento (Palacio, 2011).

Asimismo, el factor de la comunicación entre profesionistas involucra, la comunicación oral y escrita la cual puede ejemplificarse con ilegibilidad, inaccesibilidad, que la información esté incompleta, no actualizada, que la comunicación llegue tarde, que sea confusa, que apliquen diferente terminología, abreviaturas etcétera.

La información sobre el paciente puede estar ausente y ser un factor de riesgo para la integración de la historia clínica, derivado de una falta de información, confusión de los familiares, el documento esté ilegible o confusa, etcétera. Para Aranaz, & Agra (2010), el trabajo en equipo es otro factor que involucra la asignación de responsabilidades, la supervisión y la facilidad, esto involucra también la diferencia de criterios entre los colaboradores del mismo servicio, turno traslado del paciente. Esto involucra también la diferencia de criterios entre los colaboradores del mismo servicio o del servicio o turno a donde se va a trasladar al paciente (Carrada, 2003).

La formación y el aprendizaje del personal médico está relacionado con las competencias, conocimientos, habilidades y experiencia, así como la formación para el desarrollo de las tareas o para actuar en circunstancias de emergencias. Según Denkins (2013), con respecto a los dispositivos y equipos, puede afectar la ausencia de estos para atender al paciente, la falla de los dispositivos, error en la selección de ellos, así como la integridad del equipo, la facilidad del uso y la situación del mismo almacenamiento adecuado.

Los fármacos también son un factor de riesgo para la posibilidad de daño al paciente, dado que puede existir un etiquetado confuso, envases o nombres similares que propicien confusión, así como la posibilidad de un mal manejo de conservación, almacenamiento, traslado, etcétera. (Domínguez, 2005).

En la parte de recursos humanos, existen diferentes variables que pueden propiciar el daño al paciente, como por ejemplo el número insuficiente de personal, la falta de disponibilidad de un profesional, falta de planes de contingencia ante ausencias o paros laborales, el reparto de la carga de trabajo, la rotación en la plantilla, el personal que está de manera temporal realizando un servicio social o prácticas profesionales, los cambios frecuentes de las tareas, los turnos prolongados de trabajo, así como la asignación de tareas a personal no capacitado o sin experiencia.

El factor individual del profesional de la salud también es un riesgo de daño al paciente en las situaciones en las que el profesional lleva una carga física y mental como saturación, fatiga, enfermedad, preocupación, problemas personales, etcétera. Así como los factores que están en el medio ambiente como la temperatura, la iluminación, el nivel de ruido, las

distracciones e interrupciones frecuentes. Por último, las situaciones de emergencia y la falta de planes de acción ante estos pueden propiciar un daño al paciente (Palacio, 2011).

La cultura positiva de seguridad del paciente en los hospitales es un requisito esencial para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos, y así aprender de los errores de manera proactiva para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir (Ministerio de sanidad y política social, 2009).

En las últimas dos décadas, la implementación de la seguridad del paciente ha logrado tener un gran auge en los hospitales, en parte por los avances tecnológicos y de comunicación, además del acceso a la información. A su vez ha hecho que los pacientes también estén más informados acerca de las enfermedades y opciones de tratamiento médico, por lo cual ha generado que los pacientes se vuelvan más exigentes y dudosos en cuanto a los servicios médicos. Esto motiva a que las instituciones desarrollen protocolos preventivos y de acción médica para minimizar los eventos adversos y centinela.

En México la cultura de seguridad del paciente es un tema en progreso, en los últimos años se han realizado encuestas utilizando el modelo de encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) por diversas instituciones y personal interesado en el tema, esto indica que existe un creciente interés por mejorar la situación actual de la seguridad del paciente en el país. Estas encuestas han aportado datos valiosos para el análisis de las variables y es digno de mencionar que la participación de los involucrados tiene un porcentaje alto a lo esperado por los encuestadores. Las variables que se analizan en dichas encuestas son las mismas doce que propone la AHRQ y son utilizadas por los hospitales para recabar datos y de esta forma implementar procedimientos internos que ayuden a mejorar la seguridad del paciente, aunque el trabajo es complejo debido a la cantidad de variables involucradas (Pérez Castro y Vázquez *et al.*, 2016).

2.1.1 Percepción de seguridad del paciente

Al hablar de percepción de la seguridad del paciente se considera lo que los profesionales de la salud pueden interpretar como seguridad del paciente, esto generado por los protocolos de seguridad que se tienen en la organización, por el equipamiento e insumos necesarios para brindar una atención optima a sus pacientes, a la capacitación que se les brinda para estar

actualizados, entre muchos otros factores, en resumen la percepción de seguridad del paciente son procedimientos y sistemas que son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.

Una manera de contribuir a la calidad de la atención médica es estableciendo estándares de desempeño, capacitando al personal, actualizándolo y participando en procesos que certifiquen la adecuada aplicación y sistematización de los procesos, para la disminución de errores potenciales que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente. Aunado a esto, un factor que se debe tomar en cuenta es la satisfacción que tenga el paciente en relación con la atención recibida, la cual genera información que beneficia a la organización, a los prestadores de servicio y a los usuarios mismos. Según Hernández *et al.*, (2008) al 71% de los pacientes les preocupa mucho sufrir algún error en la atención médica, lo cual habla de la preocupación latente que se vive como paciente, esto sin tomar en cuenta que en la actualidad los pacientes y las personas tienen un mayor acceso a la información de los procesos médicos.

En el personal de salud, la percepción de seguridad del paciente está relacionada con diferentes aspectos que están incluidos en este estudio. De manera global algunos autores, como Ortiz *Et al.*, (2007), que el 37% de los encuestados en su estudio tuvieron una percepción positiva de seguridad del paciente (Ortiz *et al.*, 2018).

En la encuesta de satisfacción de servicios de salud en México, el 82% de los usuarios piensa que la calidad general de los servicios de salud es buena, más del 90% de los usuarios regresarían a la misma institución privada a recibir atención (Ramírez-Sánchez *et al.*, 1998).

2.2.2 Frecuencia de eventos notificados

Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron.

Los eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela, son notificaciones que nutren el sistema de calidad de las organizaciones, ya que a través de estos reportes la organización se retroalimenta de las situaciones que les acontecen a los pacientes y que son, potenciales

riesgos que pueden dañar al paciente. Se puede entender como evento adverso al daño que sufre el paciente como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones del proceso durante la atención médica y que causan un daño reversible. Una cuasifalla se define como una falla que se presenta en un proceso, que se detecta de manera oportuna y que por ende no llega al paciente. Por último, un evento centinela, es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, desviaciones de un proceso durante su atención médica y que el daño que se genera es irreversible.

Un estudio en Estados Unidos, realizado por el instituto de medicina, determinó que al año se presentan hasta 98,000 muertes al año, asociadas a errores médicos (Kohn, Corrigan, & Donalson, 2000). Otro estudio en Australia reveló que el 16.6% de los pacientes presentaron un evento adverso, en donde el 50.3% estuvo asociado a cirugía (Moguel Parra, Amor Santoyo, & Barragan Pérez, 2008).

2.2. Fundamento teórico de las variables independientes

Variables independientes X “Factores de la calidad en la Salud de la AHRQ”

Esta investigación utiliza como base de la encuesta el estudio de la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud, Agency for Health Research Quality”(AHRQ, por sus siglas en inglés), cuyo objetivo es generar evidencia que contribuya para una atención más segura, con mayor calidad, más accesible, equitativa, asequible. Esta es una agencia federal de los Estados Unidos de América, la cual se fundó en 1989 llamada entonces Agencia de Políticas del Cuidado de la Salud e Investigación. En diciembre de 2009, cambió formalmente el nombre inicial a la AHRQ. Esta agencia propone la existencia de doce factores que se utilizan para medir para obtener un resultado acorde a lo que vive el hospital (ver Tabla 2).

Tabla 2. Definiciones según la AHRQ de cada factor.

<i>Factor</i>	<i>Definición operacional</i>
Expectativas y acciones de la dirección	Los responsables toman en consideración las sugerencias de las profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente.
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.

Trabajo en equipo en la unidad	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo
Franqueza en la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
Respuesta NO punitiva a los errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en contra suya y que los errores no constarán en su expediente personal.
Dotación del personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del Paciente y resalta que la Seguridad del Paciente es una prioridad.
Trabajo en equipo entre unidades	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
Problemas en los cambios de turno y transiciones	Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.
Percepción de seguridad del paciente	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.
Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron.

Fuente: Agency for Healthcare Research Quality.

En un estudio realizado en España por Saturno (2009), el cuestionario de cultura de seguridad del paciente se aplicó en 24 hospitales estratificados en tres categorías (grandes: más de 500 camas, medianos: de 200 a 499 y pequeños: menos de 200 camas) los sujetos estudio fueron médicos, enfermeras, de farmacia, así como psicólogos, bioquímicos, etcétera. El cuestionario fue entregado de manera personal con una carta que explicaba los objetivos del estudio a 6,257 profesionales de la salud, en una primera instancia, recordándoles un par de veces. La tasa de respuesta fue del 40%, de un número de encuestas de 2,503, con los siguientes resultados de confiabilidad.

Tabla 3. Confiabilidad de variables de la propuesta AHRQ.

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Resultado</i>
Expectativa y acciones de la dirección	0.84
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	0.68
Trabajo equipo en la unidad	0.82
Franqueza en la comunicación	0.66
Retroalimentación y comunicación sobre errores	0.73
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación del personal	0.64
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	0.81
Trabajo en equipo entre unidades	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones	0.74
Percepción de seguridad del paciente	0.65
Notificación de eventos	0.88

Fuente: Saturno (2009).

Asimismo, por las variables, los resultados indicaron que el trabajo en equipo que obtuvo el menor número de respuestas positivas, con un 33%. El de mayor fue expectativa y acciones de la dirección con un 62% (ver, Tabla 4)

Tabla 4. Resultados de variables de la AHRQ.

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Resultado</i>
Expectativa y acciones de la dirección	62%
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	54%
Trabajo equipo en la unidad	71%
Franqueza en la comunicación	48%
Retroalimentación y comunicación sobre errores	44%

Respuesta no punitiva a los errores	53%
Dotación del personal	62%
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	45%
Trabajo en equipo entre unidades	33%
Problemas en cambios de turno y transiciones	56%
Percepción de seguridad del paciente	34%
Notificación de eventos	47%

Fuente: Saturno (2009).

En la ciudad de Colima, México, Torres (2018), aplicó la encuesta para medir la cultura de seguridad del paciente al personal médico y de enfermería de seis hospitales dependientes de la Secretaría de Salud, dichas encuestas fueron aplicadas a través de un sistema electrónico utilizando la encuesta de la AHRQ, se tomó una muestra de 167 profesionales de la salud, con una proporción de 71.9% de personal de enfermería y del 28% de personal médico, en donde los resultados fueron los siguientes (ver Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la propuesta AHRQ aplicada en la Cd. Colima, Colima, México.

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Resultado</i>
Expectativa y acciones de la dirección	70%
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	72.8%
Trabajo equipo en la unidad	77.5%
Franqueza en la comunicación	66.4%
Retroalimentación y comunicación sobre errores	68.6%
Respuesta no punitiva a los errores	51.2%
Dotación del personal	52.8%
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	63.3%
Trabajo en equipo entre unidades	67%

Problemas en cambios de turno y transiciones	62%
Percepción de seguridad del paciente	61.3%
Notificación de eventos	63.3%

Fuente: Torres (2018).

En Turquía, Bodur (2009) realizó un estudio que incluyó a 37 servicios de atención primaria, en donde se le aplicó la encuesta para la medición de la cultura de seguridad del paciente de la AHRQ a 212 profesionales de la salud, se obtuvieron los siguientes resultados (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Resultados de la propuesta AHRQ aplicada en Turquía.

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Resultado</i>
Expectativa y acciones de la dirección	58%
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	59%
Trabajo equipo en la unidad	76%
Franqueza en la comunicación	54%
Retroalimentación y comunicación sobre errores	53%
Respuesta no punitiva a los errores	59%
Dotación del personal	51%
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	58%
Trabajo en equipo entre unidades	58%
Problemas en cambios de turno y transiciones	56%
Percepción de seguridad del paciente	59%
Notificación de eventos	88%

Fuente: Bodur (2009).

Múltiples autores han utilizado la encuesta de la AHRQ, dentro de los cuales han presentado porcentajes de positividad mayor al 75% de respuestas afirmativas, los cuales convierte a las

variables en fortalezas las cuales están identificadas con una “x” para la cultura de seguridad del paciente, como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Evidencia empírica de autores que han utilizado la encuesta AHRQ y las fortalezas encontradas en los hospitales de estudio

	<i>Variables</i>												
	<i>X1</i>	<i>X2</i>	<i>X3</i>	<i>X4</i>	<i>X5</i>	<i>X6</i>	<i>X7</i>	<i>X8</i>	<i>X9</i>	<i>X10</i>	<i>X11</i>	<i>X12</i>	<i>X13</i>
Autores	Saturno (2009)												
	Torres (2018)			x									
	Bodur (2009)			x									
	Roqueta (2011)												
	Marstellr (2015)	x	x	x		x	x	x		x	x		
	Kapaki (2018)	x	x	x	x				x	x			
	Tereanu (2017)	x		x	x	x			x			x	
	Pousette (2017)	x							x				
	Günes (2015)												

X1. Expectativas y acciones de la dirección; X2. Aprendizaje organizacional/Mejora continua; X3. Trabajo en equipo en la unidad; X4. Franqueza en la comunicación; X5. Retroalimentación y comunicación sobre errores; X6. Respuesta no punitiva a los errores; X7. Dotación del personal; X8. Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente; X9. Trabajo en equipo entre unidades; X10. Problemas en los cambios de turno y transiciones; X11. Ética en el liderazgo; X12. Normatividad; X13. Capacitación.

Fuente. Elaboración propia

Las variables independientes incluidas para este estudio son las propuestas por la AHRQ, son derivadas de la investigación documental. Asimismo, se han considerado otras tres variables que no se mencionaron anteriormente porque no son de la AHRQ, pero se decidió que son de interés para esta investigación y dada la experiencia se plantea, pueden tener una relación en la cultura de seguridad del paciente y son: la ética en el liderazgo, la capacitación y el cumplimiento de las normatividades.

2.2.1. X1- Expectativas y acciones de la dirección

Los hospitales son unidades complejas, por el hecho de estar habilitadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, aunado al hecho de que cada paciente requiere una atención distinta

para cada padecimiento. Así mismo se le suma la diversidad de recursos utilizados y la diversidad de procesos. (González *et al.*, 2014)

La organización que está comprometida con el éxito y abierta a un constante aprendizaje, debe de estar involucrada desde el personal de menor rango hasta el directivo que toma las decisiones, lo cual implica generar condiciones para mantener al hospital en un ambiente que invite a todos a participar en la seguridad del paciente. En la actualidad, en México se han estado realizando reformas en la gestión hospitalaria para homologar criterios de dirección y asegurar la calidad de la atención a los pacientes. Las acciones de la dirección son herramientas de apoyo que proporcionan información, recursos, etcétera. A la persona indicada en el momento oportuno, esto ha contribuido a mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud y la prestación de atención médica segura. Los objetivos esenciales son:

1. Facilitar los aspectos de logística en la atención al paciente y su familia, antes, durante y después de la atención del paciente en el hospital.
2. Permitir que las instituciones de salud intercambien y compartan información.
3. Ayudar a los médicos y enfermeras a actuar eficientemente.
4. Mejorar procesos administrativos, haciéndolos casi imperceptibles para el paciente y su familia.
5. Optimizar el acceso a los datos administrativos, clínicos y epidemiológicos para las instancias que requieren esta información
6. Simplificar procesos de investigación y el rastreo de datos para consulta.

Estos nuevos esquemas de dirección de hospitales representan la manera en que la organización planea, organiza, opera y evalúa aspectos como el recurso humano, la cultura organizacional, la cultura de seguridad del paciente, la integración de equipos de trabajo, entre otros (Secretaría de Salud, 2006).

2.2.2. X2- Aprendizaje organizacional / Mejora Continua

El sector salud no ha sido ajeno a la implementación de estrategias del enfoque a procesos, utilizando una o varias metodologías para buscar adaptarse y mejorar continuamente sus

procesos. La gestión de procesos en el sector salud se convierte en un reto y, en ocasiones, hace que los problemas que ocurren sean más evidentes en relación con el control excesivo de las decisiones médicas, la falta de tiempo de los pacientes para utilizar el servicio, el exceso de trámites para obtener el servicio, etcétera. (Serrano & Ortiz, 2012). Para Garzón & Fisher (2008), la capacidad de aprendizaje organizacional se caracteriza por establecer qué es lo que conocemos, donde está ese conocimiento, como lo podemos utilizar y mejorar la productividad. Una de las estrategias más usadas para enfrentar los problemas que se generan en los servicios de salud es la capacitación y la experiencia que se adquiere en la prestación del servicio. En la capacitación se desarrollan y fortalecen conocimientos y habilidades que impactan favorablemente la cultura de seguridad de los pacientes (Davini, Nervi, & Roschke, 2002).

Los eventos adversos que suceden en la atención médica están relacionados con la falta de apego a procedimientos establecidos por los hospitales, en donde está falta de seguimiento a procesos está presente en el 57.7% de los eventos adversos (Zárate *et al.*, 2015). La información recolectada en el reporte de eventos adversos, si es bien analizada y utilizada para las mejoras podría generar un impacto favorable para la reducción de estos.

Muchas veces durante la mejora continua, las organizaciones tienen dudas sobre qué línea seguir, entre la capacitación o la educación. Ambas tienen características distintas, por ejemplo: la educación permanente permite a una institución hacer que cada miembro del personal tenga los mismos conocimientos acerca de la cultura relacionada con temas de seguridad del paciente, calidad en el servicio, etcétera. Y por otra parte está la capacitación, la cual tiene que estar enfocada a acciones de los participantes, tratando de llegar al problema raíz y así modificar estrategias dentro de la organización.

En medicina, el error es el resultado de una mala toma de decisiones que se derivan en acciones no acertadas, no fundamentadas y que rebasan las barreras de defensa por falta de apego a procesos (Carrillo, 2011).

Una de las estrategias más utilizadas para la disminución de eventos adversos, es el tutelaje, en donde se pretende que la conocida curva de aprendizaje no sea un factor de riesgo para el paciente, ya que el paciente uno del personal de salud debe ser atendido con la misma seguridad que el paciente cien. Este tutelaje debe generarse en la práctica diaria, en la

consulta, el pase de visita, en el acto quirúrgico, etcétera. Asimismo, este proceso asegura que los pacientes tengan la mejora oportunidad de tratamiento (Arenas Márquez & Anaya, 2008).

Cabe mencionar que las estrategias antes mencionadas suman para el aumento de la seguridad del paciente y que son todas en conjunto un todo que se debe llevar a cabo. Todo de manera conjunta sin dejar de lado ningún criterio, ya que se podría pensar que algunas son más importantes que otras.

2.2.3. X3- Trabajo en equipo en la unidad

El trabajo en equipo dentro de un hospital es de suma importancia dado que la comunicación, la empatía, la sinergia y el apoyo que se dé entre los miembros de la organización son de vital importancia para llegar a un objetivo en común y colectivo. El trabajo en equipo consiste en colaborar organizadamente para lograr un objetivo en común (Cardona, 2006). Cada persona que conforma el equipo posee características individuales diferentes, tales como habilidades, conocimientos y experiencias, todas ellas deben posicionarse para lograr el objetivo marcado por la organización o el mismo equipo. No se trabaja en equipo cuando las personas que son miembros de este hacen el uso de sus aptitudes de manera aislada. Existen múltiples factores que potencian el *déficit* del trabajo en equipo, tales como la diferencia que existe en la formación de los trabajadores, las diferentes personalidades de los colaboradores, actitudes, etcétera. Sin embargo, se deben de romper estas barreras entre médicos, residentes, enfermeras, personal paramédico entre otras. De esta forma, cada profesional que participa en la atención del paciente será parte de un equipo capaz de prevenir y resolver problemas que pueden presentarse durante el tratamiento de los pacientes.

Existen múltiples ejemplos de lo que es trabajo en equipo, uno de ellos se da en los hospitales debido a que cada elemento que conforma el hospital tiene una función primordial para el manejo del paciente. En los hospitales tanto públicos como privados, el personal administrativo que, a pesar de no tener una intervención en el manejo terapéutico del paciente, conllevan una responsabilidad importante, desde el hecho de identificarlos adecuadamente con las políticas internas de cada hospital.

El manejo adecuado de los recursos y la disponibilidad de ellos implica un impacto que puede determinar el rumbo de la evolución clínica de los pacientes. El área de mantenimiento, con sus procesos aseguran que los equipos no fallen en el momento de la verdad, de la atención del paciente. El área de intendencia, con el manejo adecuado de los Residuos Peligrosos. Y un largo etcétera de ejemplos que se hilan para el funcionamiento adecuado de los hospitales.

2.2.4. X4- Franqueza en la comunicación

Los hospitales son organizaciones complejas formados por varios departamentos o servicios interrelacionados que necesitan trabajar de manera coordinada y conjunta, agregado a esta característica se suma el hecho de que labora un gran número de personas, todas ellas especializadas en ámbitos científicos y profesionales distintos entre sí, asimismo la participación del paciente está presente durante la prestación del servicio médico, que incluyen distintos padecimientos, necesidades y maneras de comprender la información. Estas son algunas de las características que se engloban en el contexto hospitalario, las cuales determinan el trabajo de los prestadores de servicios.

Todo profesional de la salud tiene como objetivo prioritario mejorar la salud de las personas, sin embargo, se involucran también aspectos informativos, sociales, emocionales y culturales. Dichos elementos no tangibles impactan en el servicio de salud que se le oferta al paciente, así como el funcionamiento del propio hospital. Es por eso la importancia que debe tener la organización para fortalecer la comunicación en todos los sentidos. En el ámbito hospitalario, según Aguerrebere (2012), la comunicación interna adquiere un valor estratégico ya que influye de modo positivo en los empleados, pacientes y en la institución en conjunto.

La franqueza en la comunicación consiste en que los profesionales puedan hablar libremente si observan que algo pueda afectar negativamente al paciente y se sientan libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello. En ocasiones dentro del proceso de atención, los médicos, enfermeras o personal paramédico cometen errores que pueden afectar negativamente a la seguridad de los pacientes y usualmente el causante de la situación prefiere ocultar la información por temor a represalias.

Actualmente se busca en las organizaciones que el personal se sienta con la confianza de comunicar cualquier situación para que de esta manera se asegure la participación del personal operativo. Para desarrollar esta cultura lo fundamental es generar un ambiente donde no exista el miedo al reconocimiento del error, los esfuerzos deben estar enfocados a en la atención al paciente, ya que la principal preocupación debe ser hacia el paciente, pensando en que el hecho de comunicar errores puede repercutir en la toma de decisiones para generar mejoras y colocar barreras que puedan reducir el riesgo de daño al paciente. La comunicación franca incluye todas las vertientes, como los pacientes, familiares, profesionales de la salud, autoridades de la organización, etcétera. (Arenas & Anaya, 2008).

2.2.5. X5- Retroalimentación y comunicación sobre errores

En los servicios de salud la retroalimentación es una herramienta que brinda información de importancia para la toma de decisiones, modificación de procesos o integración de nuevos servicios dado que las instituciones son dinámicas y el avance en la medicina está en constante cambio.

Según Hackman y Oldham (1975), una de las dimensiones que ofrecen enriquecimiento en el trabajo es la retroalimentación objetiva, que significa la información que recibe el trabajador sobre la manera en que está desarrollando sus actividades, esta información proviene del trabajo mismo, de los jefes, gerencias y de otros empleados. Esta retroalimentación tiene un gran significado para el trabajador, ya que gran parte de la vida de los empleados se ejecuta en el trabajo, según su estudio es muy necesario que lo conozcan ya que los trabajadores reconocen que el desempeño varió y que la única forma en la que se pueden hacer ajustes es conociendo sus áreas de oportunidad.

La retroalimentación favorece la motivación al demostrar de manera objetiva a los empleados lo que se ha hecho bien o mal, y dar instrucciones de cómo mejorar su rendimiento si es que está por debajo de lo esperado, esto se puede dar estableciendo objetivos concretos junto a una retroalimentación sobre el progreso hacia esos objetivos. La retroalimentación por lo tanto proporciona un alivio a necesidades sociales. De acuerdo con Casares (2007), algunos efectos positivos de la retroalimentación han sido documentados

con una mejora en el desempeño que va del 6 al 125%, además que ofrece los siguientes beneficios.

- 1) La retroalimentación se basa en datos existentes, por ende, supone pocas variaciones en los procedimientos ya empleados.
- 2) Es un proceso sencillo que no requiere de una gran inversión.
- 3) Tiene validez ya que es un medio natural de control.
- 4) Los resultados se obtienen con rapidez en comparación con otros programas.
- 5) Refuerza otros procesos de la gestión del personal como la capacitación y el desarrollo.

Según Kopelman (1988), el hecho de que los colaboradores requieran de retroalimentación sobre su desempeño obedece a que les ayuda saber que deben hacer y la eficiencia con la que están cumpliendo sus metas. Además, les hace sentir que otras personas les interesa lo que están haciendo. En el caso de que el desempeño sea positivo, mejora el sentido de competencia emocional, aunque una retroalimentación mal entendida puede ser causa de problemas, ya que es probable que dos personas no estén de acuerdo con una cuestión o punto, pero que no se percaten de ello hasta que no lleven a cabo una retroalimentación eficiente.

Existen dos razones que hacen que la retroalimentación y la comunicación sobre errores funciones: eleva el deseo por desempeñarse bien, es decir que funciona como motivador y, recuerda las respuestas aprendidas o sirve para desarrollar nuevas respuestas.

2.2.6. X6- Respuesta no punitiva a los errores

Según la definición operativa de la AHRQ, los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos se utilizan en contra suya y que los errores constarán en su expediente personal, teniendo consecuencias negativas para su desarrollo profesional.

Esta variable de seguridad del paciente trae a colación que dicha seguridad no solo afecta a los pacientes, sino que los profesionales de la salud también se pueden ver afectados con

relación al ámbito profesional y salud mental. Por ejemplo, en México según la CONAMED en los últimos años se han generado más demandas de la práctica médica, en donde las especialidades quirúrgicas tienen el mayor número de quejas. Sin embargo, estos casos son difíciles de documentar, ya que existe un subregistro, relacionado con la falta de confianza al reportar daños al paciente.

Eventualmente los profesionales han creado foros como los congresos de especialidades médicas o los clústeres de salud, en donde se discute de manera multidisciplinaria los errores que han llegado a afectar al paciente, aunque se pueda tener un enfoque negativo de este, dado que se juzga al profesional que comete el daño y hasta castigarlos, por lo tanto no se tienen soluciones concretas, ni aprendizaje que ayude a disminuir el error, además que un análisis mal dirigido también causa conflictos interpersonales que repercuten directamente en la atención de los pacientes y las buenas relaciones sociales que deben existir entre los profesionales de la salud.

El error humano es un hecho inevitable, sin embargo, los sistemas de salud deben de mejorar los procesos y servicios que prestan, para que los errores disminuyan la probabilidad de que estos sucedan. Los profesionales de la salud deben adoptar una cultura de análisis de errores de una manera más abierta y de manera permanente. Además, el error debe de ser tomado como una oportunidad para aprender, para mejorar la calidad de la atención y por ende la seguridad del paciente (Arenas & Anaya, 2008).

2.2.7. X7- Dotación de personal

El fortalecimiento y efectividad organizacional pone a prueba la capacidad de los gestores en salud para obtener el personal adecuado, distribuirlo con criterios de equidad, calidad y eficiencia; junto con el desarrollo de estrategias de mantenimiento del contingente de personal.

La conformación de una dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores, para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos. Consecutivamente, se hace necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores.

Los objetivos de las organizaciones no siempre están claramente definidos, los estudios de necesidades de servicios y de demanda de la población no están claros, los límites entre distintas instituciones son difusos, cada institución tiene una historia y una cultura que muchas veces ha determinado crecimientos poco armónicos, ya sea respondiendo a determinadas contingencias o intentando aprovechar una oportunidad de inversión (Soledad Barría *et al.*, 2004).

Todo ello provoca que el análisis de las dotaciones de personal (su composición, su distribución, su rendimiento y suficiencia), sea altamente complejo en un establecimiento de salud, ya sea en una institución aislada o en un sistema mayor. Sin perjuicio de esto, los gestores de salud de cualquier nivel, con responsabilidades nacionales, de redes locales, de establecimientos o servicios clínicos o administrativos, deben considerar para la toma de decisiones los aspectos de gestión de recursos humanos, incluido el estudio de las dotaciones (Soledad Barría *et al.*, 2004).

2.2.8. X8- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

En la seguridad del paciente, el apoyo de la dirección del hospital es un factor que debe estar presente para disminuir el riesgo de daño al paciente, ya que, sin este apoyo, los insumos, el personal, la capacitación, entre otros estaría mermado para la aplicación en los pacientes. Esto favorece un clima de trabajo que favorece la seguridad del paciente y la convierte en una prioridad para la organización.

Una de las maneras en las que se ve reflejado el apoyo de la gerencia y la dirección es a través de la toma de decisiones que impactan a la seguridad del paciente, estas decisiones depende La toma de decisiones es una actividad que se vive de manera cotidiana, todos los días tomamos decisiones sobre diversos asuntos y temas, en todo caso el objetivo es valorar las condiciones para tomar la decisión más acertada. En todo momento las decisiones son contextuales, lo cual depende de la situación, las circunstancias, las metas, los propósitos y los resultados esperados. De acuerdo con Salinas y Rodríguez (2011), la toma de decisiones es un proceso intencional que combina el análisis de la información, la confrontación de alternativas, la valoración de las opciones y, finalmente, la toma de decisión. El proceso de

las decisiones es la esencia de la planeación, entonces podemos decir que la toma de decisiones se puede concebir como: 1.- Establecimiento de premisas, 2.- Identificación de alternativas, 3.- Evaluación de alternativas en términos de la meta propuesta y 4.- Elección de una alternativa (Chairez, 2018).

2.2.9. X9- Trabajo en equipo entre unidades

El trabajo en equipo se puede realizar a distintitos niveles, por ejemplo, en los hospitales se puede hacer un macro trabajo en equipo entre los distintos departamentos que conforman el hospital. Asimismo, en cada uno de estos departamentos se puede realizar un trabajo que conlleve la participación de enfermeros y médicos, por ejemplo la atención en urgencias de un paciente con paro cardio respiratorio.

Otro ejemplo del trabajo en equipo en la unidad está dado por los equipos que se conforman en las cirugías. Anteriormente se asumía que el éxito de la cirugía era exclusivo del actuar del cirujano principal, sin embargo, es el equipo formado por anestesiólogos, enfermeros y cirujanos lo que puede determinar un desenlace favorable en los casos (Hull & Sevdails, 2015).

El trabajo en equipo requiere de un compromiso de trabajo inter y multidisciplinario con responsabilidad compartida, con agradecimiento y reconocimiento de la calidad humana que promueva el respeto profesional. Esto conlleva como beneficio reducir errores, mejora de la satisfacción personal, incrementa la satisfacción del paciente, reduce reclamos por mala práctica y mejora los resultados. Lo cual redundo en una mejora de cultura de seguridad (Arenas & Anaya, 2008).

Los equipos, aunque se constituyan por individuos que características únicas, también tienen roles diferentes que tendrán un objetivo en común, que es la atención del paciente, estos roles los define la organización y los asigna al personal respetando el área afín a lo que se va a desempeñar. La organización debe brindar el entorno necesario, para que, aun teniendo diferencias individuales, profesionales, étnicas, etcétera. Puedan trabajar en conjunto y ofrecer una atención segura a los pacientes (Da Costa y Trevizan, 2007).

En diferentes ámbitos, como el deporte, en donde el trabajo en equipo es indispensable, se dice que “cuando todos corren, todos corren menos” haciendo alusión a la repartición del trabajo, a manera que se pueda repartir de manera equitativa, buscando un fin común. Así, en el hospital, las cargas de trabajo podrían ser más llevaderas si se concreta la integración del departamento y de la organización.

2.2.10. X10- Problemas en los cambios de turno y transiciones

Los cambios de turno en los hospitales están determinados por cada organización y depende de la distribución que se tenga de personal en diferentes servicios, de acuerdo con la disponibilidad de profesionales especializados. Por ejemplo, existen servicios en los cuales los turnos son de 12 horas, se tiene así solo personal en turno diurno y nocturno, otros servicios tienen hasta tres turnos de un promedio de ocho horas en las cuales se dividen en turno vespertino, matutino y nocturno. La información del paciente que conlleva la evolución clínica, la situación del paciente, los antecedentes, medicamentos aplicados, los resultados pendientes, etcétera. Pasan de un turno a otro o incluso entre servicios, dicha información tan valiosa suele perderse en el transcurso de la estancia del paciente y así puede generarse un riesgo de evento adverso.

Según Cárdenas y Garrido (2015), la mayoría de los centros hospitalarios carecen de sistemas de transferencia de pacientes a pesar de que esto sea una barrera de seguridad para los pacientes, algunos ejemplos de lo que puede generarse son errores en la identificación de los pacientes, tratamientos inadecuados, aumento en los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento en los gastos de los pacientes e incluso la muerte.

2.2.11. X11 Ética en el liderazgo

El liderazgo se puede definir como la capacidad de uno o varios individuos de influir en un grupo, con la finalidad de lograr un propósito o meta en específico, utilizando habilidades interpersonales para tal fin según Moguel *et al.*, (2008).

El término de líder dentro de una organización debe entenderse en el contexto de que las organizaciones requieren de personas que dadas sus cualidades sean capaces de dirigir a un

grupo y conseguir metas fijadas en común, es por eso por lo que existen definiciones de liderazgo, tales como “el proceso de motivar y ayudar a los demás a trabajar con entusiasmo para alcanzar objetivos” (Davis & Newstrom, 1991). Otra definición es “el proceso de llevar a un grupo en una determinada dirección, fundamentalmente por medios no coercitivos. Un liderazgo efectivo lo definimos como aquel que produce un movimiento hacia el logro de lo que es mejor, a largo plazo para el grupo” (Kotter, 1998).

En general, las definiciones de liderazgo incluyen cuatro elementos:

- 1.- Involucran a otras personas, a los empleados o seguidores.
- 2.- Determinan distribuciones irregulares del poder. Por lo general el líder tiene mayor poder, aunque los subordinados le pueden dar forma a este.
- 3.- El líder usa el poder para determinar la conducta de los subordinados.
- 4.- El liderazgo es una cuestión de valores.

La importancia del liderazgo radica en que es la base para poder guiar una organización, la organización puede poseer una buena planificación, pero sucumbir ante la falta de liderazgo, pero la organización puede carecer de planificación, pero puede sobrevivir gracias a la presencia de un buen líder (Clerc, *et al.* 2006).

De acuerdo con Moreno (2004) Para ejercer un auténtico liderazgo ético es preciso ejercer con pleno convencimiento las siete claves “C”; a saber, carácter, coraje, credibilidad, comunicación, conocimiento, compromiso y comprensión. Como resultado, estos líderes son capaces de incrementar la motivación, el compromiso y la satisfacción de sus seguidores a través de la creación de identificación personal e identificación social con la organización (Morianio *et al.*, 2011).

Los líderes pueden ser identificados por las siguientes características: los líderes cambian las cosas, el liderazgo lo asumen como una acción y no como una postura, los líderes no se sienten víctimas, definen la realidad con datos medibles, hacen propuestas de cambio y las someten a prueba, pero sobre todo los líderes convencen. Se muestran algunas características deseables para un líder del área médica (ver Tabla 8).

Tabla 8. Valores del líder en los sistemas de salud

<i>Cualidades deseables de un líder médico</i>		
Abatir los errores	Flexibilidad mental	Originalidad
Atención al detalle	Formación científica	Práctica ética
Audacia prudente	Honestidad	Pensamiento crítico
Auto estima	Iniciativa	Perseverancia
Auto aprendizaje	Integridad moral	Responsabilidad
Buen humor	Ingenio	Sentido de pertenencia
Compromiso	Inteligencia moral	Talento
Creatividad	Inteligencia emocional	Trabajo proactivo
Cultura vasta	Interés por las personas	Tranquilidad bajo presión
Curiosidad	Labor en equipo	Visión inspiradora
Eficiencia	Lealtad	
Estilo de vida saludable	Metas de mejora	

Fuente: Carrada (2003).

En las organizaciones, la relación entre el liderazgo y el ambiente de trabajo son estrechas y se establece en todos los niveles. Algunos autores como Menárquez y Saturno (1998) indica que la afectación del liderazgo ejecutivo hasta un 65% del ambiente laboral, también sugieren que el liderazgo es clave para que exista un espíritu real de equipo y así se obtengan los objetivos generales. Para lograr esto, todo el equipo debe participar en la discusión de estrategias y prioridades, así como la organización y diseño de actividades. Además, los autores mencionados proponen evaluar el tipo de liderazgo de los profesionales, tomando en cuenta distintos escenarios que incluyen el ordenar, en donde el líder define los roles y dice al colaborador cuándo, cómo y qué hacer. El persuadir, es decir: la orientación a la actividad y relaciones interpersonales. El participar, en donde el líder participa en la toma de decisiones. Y el delegar, dejando que el grupo de colaboradores funcione por sí mismo. De esta manera se identifica el tipo de liderazgo que posee la persona que toma las decisiones y si es el adecuado para alcanzar los propósitos de la organización (Menárquez & Saturno, 1998).

2.2.12. X12- Capacitación

La definición de capacitación se entiende por enseñar a los empleados, ya sea operativos, técnicos o gerenciales a cómo hacer el trabajo para el cual fueron contratados, esto para las empresas genera una inversión, la cual es variable dependiendo de las necesidades de capacitación que se tengan en la organización, esta detección es el primer paso para desarrollar un plan de capacitación, aunado a esto, en los hospitales el programa debe estar conformado también por la apertura de nuevos servicios, el análisis de eventos adversos, las quejas de los pacientes, modificación a normativas, etcétera (Griffin, 2011).

La capacitación es una acción que está enfocada a la adquisición y ampliación de conocimiento, conductas, hábitos, habilidades, en función de la labor que desempeñan los trabajadores. Situaciones como el estrés, afectan negativamente el bienestar de los empleados, es por eso necesario capacitar al personal para poder afrontar situaciones estresantes generadas por las actividades inherentes a sus labores (Arteaga, 2019).

Tomando en cuenta lo anterior, la falta de capacitación del personal con respecto a los procesos y protocolos de seguridad que debe seguir, esto puede ser un factor para omitir un paso que puede ser vital para la atención del paciente, como por ejemplo omitir el protocolo universal de cirugía segura por falta de desconocimiento, lo cual podría acarrear una cirugía en el paciente equivocado o que el procedimiento se realice en un sitio anatómico diferente al del problema.

2.2.13. X13- El cumplimiento de normativas

La Real Academia de la Lengua Española define normatividad como el conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad. En el caso de la salud, en México se cuenta con una ley general de salud, que declara el derecho a la protección en salud que tienen las personas en términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establecen las bases y modalidades para tener acceso a los servicios de salud.

Esta ley se aplica en toda la república y está representada por Normas Oficiales Mexicanas que son de aplicación obligatoria para los hospitales que brindan atención a los pacientes (Ver, Tabla 9).

Tabla 9. Normas Oficiales Mexicanas de aplicación en los Hospitales.

<i>Norma</i>	<i>Título</i>
NOM-003-SSA3-2010	Para la práctica de hemodiálisis
NOM-004-SSA3-2012	Del expediente clínico
NOM-026-SSA3-2012	Para la práctica de cirugía mayor ambulatoria
NOM-019-SSA3-2013	Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud
NOM-016-SSA3-2012	Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada
NOM-030-SSA3-2013	Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria.
NOM-045-SSA2-2005	Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales
NOM-240-SSA1-2012	Instalación y operación de la tecnovigilancia
NOM-220-SSA1-2016	Instalación y operación de la farmacovigilancia

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior solo contiene algunas de las normas aplicables para los hospitales. Cada una de estas normas deben ser puestas en marcha para garantizar el adecuado funcionamiento de los hospitales, así como la atención segura de los pacientes, familiares, médicos y todo aquel que se atiende en instituciones de salud.

2.3. Modelo hipótesis operativas

2.3.1. Hipótesis operativas

Las hipótesis operativas que se plantean para este trabajo son las siguientes:

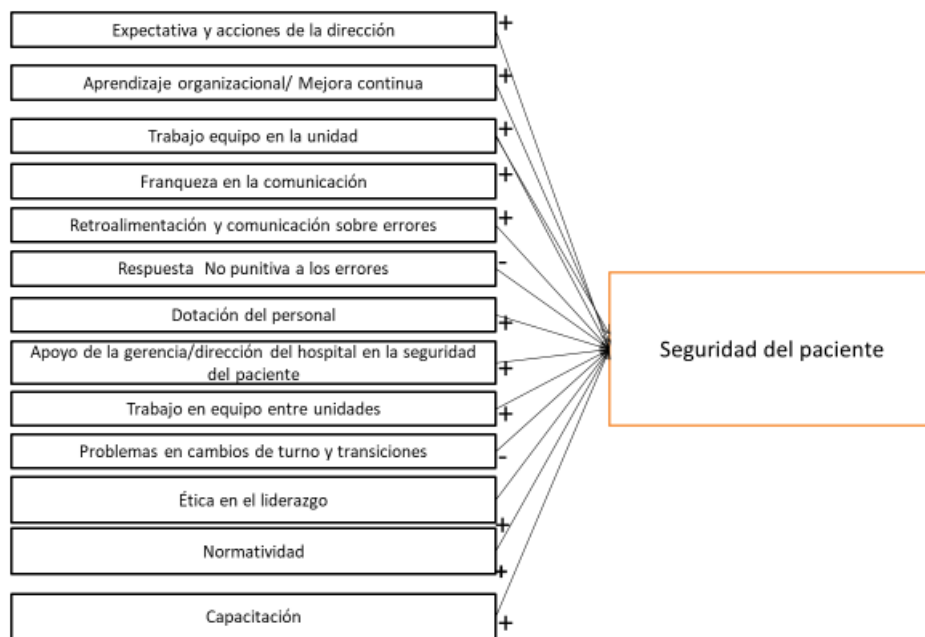
- H1.- Las expectativas y acciones de dirección son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H2.- El aprendizaje organizacional/Mejora continua son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H3.- El trabajo en equipo en la unidad son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H4.- La franqueza en la comunicación son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H5.- La retroalimentación y comunicación sobre errores son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H6.- La respuesta no punitiva a los errores son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H7.- La dotación del personal son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H8.- El apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H9.- El trabajo en equipo entre unidades son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H10.- Los problemas en el cambio de turno y transiciones no son indicadores de la AHRQ que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H11.- La ética en el liderazgo son indicadores que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.
- H12.- El apego a la normatividad son indicadores que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.

- H13.- La capacitación son indicadores que favorecen la seguridad del paciente en los hospitales privados certificados.

2.3.2. Modelo gráfico de las hipótesis operativas

A continuación se puede observar el modelo que representa las hipótesis operativas mencionadas en el apartado 2.3.1. de este documento.

Figura 11. Modelo gráfico de las hipótesis



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En el siguiente capítulo se presentan la metodología empleada en el presente estudio, así como la justificación para emplearla. El tipo y diseño de la investigación, los métodos de recolección de datos, la elaboración del instrumento, la operacionalización de las variables, la población, el marco muestral y la muestra, tamaño de la muestra, sujetos de estudio y método de análisis.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Con base en Hernández, Fernández y Baptista (2007), esta investigación es tipo cuantitativa, dado que se utiliza la recolección de datos para probar una hipótesis con base a una medición numérica y un análisis estadístico. El alcance es exploratorio ya que aún no se estudia adecuadamente la causalidad que generan seguridad del paciente, descriptivo, correlacional y explicativo, es exploratorio al involucrarse con variables como el cansancio del profesional de la salud y la ética en el liderazgo. Es descriptivo, ya que describe las propiedades de cultura de seguridad del paciente de los hospitales privados de Monterrey, correlacional por la asociación que se realiza con las variables de interés y es explicativo porque tratará de establecer las causas del fenómeno de la cultura de seguridad del paciente.

3.1.2. Diseño de la investigación

Es un estudio con diseño no experimental porque no se manipulan las variables, es transversal porque permite la recolección de datos en un periodo de tiempo determinado, en este caso fue de noviembre a diciembre de 2018. También se utilizó la técnica documental, mediante la cual se recopiló literatura de bases de datos de revistas indexadas que contenían información relacionada con el fenómeno a estudiar y la técnica de campo se realizó en dos hospitales privados, aplicando el instrumento de recopilación de los factores mediante una encuesta a los sujetos de estudio.

3.2. Métodos de recolección de datos

La recolección de datos realizó a través de encuestas aplicadas a los profesionales de la salud en los hospitales privados en donde laboren. Para ello se solicitó la autorización mediante oficio (ver Anexo 4) a la dirección de la institución, prohibiendo fotografías y video por políticas de la institución. Después de obtener el permiso, se reunió a las personas en un área aula para el llenado de las encuestas. Se dieron las indicaciones correspondientes y el aplicador permaneció en el lugar para aclarar dudas. La recopilación de los datos fue en aula de cómputo, contestaron de manera individual. La selección del personal fue de manera no aleatoria, ya que se aplicó al personal que estuvo a disposición al momento del levantamiento de los datos.

3.2.1. *Elaboración del instrumento*

Con el fin de una validez científica se optó por utilizar de base el instrumento que mide los factores sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México y que fue diseñado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), mencionado y explicado en el Capítulo 2. Para la comprensión se tradujo al español (ver Anexo 1) y se realizó una prueba piloto con una población de 105 personas ya que se aprovechó el análisis para utilizar la información para el hospital encuestado, la cual duró una semana de aplicación en el lugar de trabajo del investigador. Para esta aplicación no se incluye al personal administrativo y operativo los cuales no dan atención médica al paciente, ya que este trabajo está dirigido al personal médico y de enfermería. Los resultados de la confiabilidad del instrumento no fueron contundentes de acuerdo a los resultados obtenidos en este piloteo, es por eso por lo que se le realizó una validación con tres expertos que ayudaron a la modificación al texto traducido para mejorar su comprensión. Por lo que el instrumento definitivo que se aplicó a toda la población de estudio y está conformado por 70 preguntas cerradas formuladas en para valorar cada *ítem* se usa una escala cinco grados de acuerdo con cada sección, tipo Likert y otras de intensidad. Divididas en 10 secciones; las cuales se describen en la Tabla 10.

Tabla 10. Secciones de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente

No	Concepto	No. de preguntas	Tipo de respuesta
1	Perfil del encuestado	4	De seleccionar respuestas
2	Área de trabajo	18	Likert
3	Su jefe	8	Frecuencia
4	Comunicación	6	Frecuencia
5	Frecuencia de eventos reportados	6	Frecuencia
6	Grado de seguridad del paciente	1	De seleccionar respuestas
7	Su Hospital	17	Likert
8	Número de eventos reportados	1	De seleccionar respuestas
9	Información complementaria	5	De seleccionar respuestas
10	Información libre	1	Texto libre

Fuente: elaboración propia

3.2.2. Operacionalización de las variables de la hipótesis

En este apartado se describe la definición y la unidad en que se mide las variables incluidas en este estudio, las cuales se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11. Operacionalización de las variables de la hipótesis

Variable	Nombre	Definición	Unidad de medición
EYAD X1	Expectativas y acciones de la dirección	Valora la participación de los jefes y directivos del hospital, así como las expectativas sobre la cultura de seguridad del paciente.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

AOMC X2	Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	Acciones de mejora emprendidas por la detección de una falla en el proceso de atención.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
TEE X3	Trabajo en equipo en la unidad	Apoyo mutuo del personal del mismo departamento cuando existe sobre carga de trabajo.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
FEC X4	Franqueza en la comunicación	Libertad que tiene el personal para expresar aspectos negativos que puedan afectar al paciente.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
RYCSE X5	Retroalimentación y comunicación sobre errores	Información que se difunde con respecto a los incidentes que ocurren.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
RNP X6	Respuesta no punitiva a los errores	Actitud que toman los compañeros o superiores cuando se enteran de que se ha cometido algún error.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. en desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
DTP X7	Dotación del personal	Suficiencia del personal para atender a sus pacientes durante la jornada laboral.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
AGYD X8	Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	Prioridad que tiene la dirección del hospital para la seguridad del paciente.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
TEEU X9	Trabajo en equipo entre unidades	Cooperación y coordinación de los trabajadores al realizar las tareas con integrantes de otros departamentos.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre

PCTYT X10	Problemas en los cambios de turno y transiciones	Manejo de la información de los pacientes cuando estos se transfieren de departamento o cuando existe un cambio de turno.	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre
EEL X11	Liderazgo	Valora la participación de los jefes y directivos del hospital, así como las expectativas sobre la cultura de seguridad del paciente.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
CAP X12	Capacitación	Percepción de la capacitación recibida con enfoque en seguridad del paciente.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
NOM X13	Normatividad	Percepción que tiene el personal con respecto al cumplimiento a normas e infraestructura del hospital	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
PSDP Y1	Percepción de seguridad del paciente	Percepción que tiene el personal con respecto a la seguridad del paciente que tiene el hospital	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ninguna 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
FE Y2	Frecuencia de eventos notificados	Cantidad de eventos adversos, cuasifallas y eventos Centinela que reportan los colaboradores para mejorar el Sistema de seguridad del paciente	1. Ninguno 2. De 1 a 2 eventos 3. De 3 a 5 eventos 4. De 6 a 10 eventos 5. De 11 a 20 eventos 6. 21 o más eventos

Fuente: Elaboración propia.

3.2.3. Validez de contenido

Para el análisis del contenido de la encuesta se tomó a consideración la traducción realizada por la CONAMED del cuestionario de seguridad del paciente propuesto por la AHRQ. Debido a que en la aplicación de la primera prueba piloto el resultado del Alpha de Cronbach,

tuvieron resultados menores a 0.5 en algunas variables, se decidió hacer una validación con tres expertos investigadores, dos de la Facultad De Contaduría Pública y Administración, y uno de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quienes revisaron cada una de las preguntas y se realizaron los ajustes pertinentes en cuanto al contexto de las preguntas. Ya con el instrumento validado se realizó la aplicación al personal médico y de enfermería de los hospitales privados certificados con una confiabilidad de 0.71 de todos los ítems.

3.3. Población, marco muestral y muestra

En Nuevo León, los hospitales del sector privado que cuentan con certificación del Consejo de Salubridad General son 12, de acuerdo con el informe emitido por esta institución el 28 de febrero de 2021. Cabe señalar que la mayoría está en el área de Monterrey. Sin embargo, por la complejidad de poder obtener información del personal de salud en otros hospitales, y derivado de que el investigador se encuentra laborando en uno de ellos, fue imposible extender la encuesta a otros hospitales privados. En conclusión, siendo ambos hospitales privados tienen las mismas características de atención que los demás por lo que la aplicación se hizo en estos dos hospitales, por eso se señala que es un caso de estudio. Sobre todo, al escoger estos dos hospitales privados de 12 certificados que existen, se cubre cerca de un 20% de este tipo de hospitales en esta zona geográfica.

El primer hospital privado certificado que se estudió es un hospital general que cuenta con 44 camas censables, con 50 camas no censables, además de tener los servicios de imagenología, laboratorio, urgencias, medicina interna, cirugía general, anestesiología, quirófano, cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatales, servicio de endoscopia, cardiología, banco de sangre, y ser utilizado por especialidades como urología, traumatología, pediatría, cirugía plástica, neurocirugía, gastroenterología, etcétera. Actualmente el hospital se encuentra bajo la certificación del modelo del Consejo de Salubridad General, con una vigencia de cinco años (2016-2021). Este hospital cuenta con seis años de haber iniciado operaciones al momento del levantamiento de los datos.

El segundo hospital privado certificado es de especialidad y cuenta con servicios como urgencias, pediatría, ginecología, obstetricia, laboratorio, banco de sangre, imagenología y

unidades de cuidados intensivos. Actualmente también está certificado bajo el modelo del Consejo de Salubridad General, con una vigencia de cinco años (2016-2021). Este hospital cuenta con 42 años de haber iniciado operaciones al momento del levantamiento de los datos.

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la metodología del cálculo para el uso de escala tipo Likert o de intensidad. Posterior a la obtención de la muestra, se seleccionó al personal a través del método aleatorio simple.

3.3.1. *Tamaño de la muestra*

A fin de determinar el tamaño de muestra óptimo, se utilizó la metodología del cálculo del tamaño de muestra en referencia al uso de escala de Likert o de intensidad. En donde para escalas de 10 reactivos de Likert, según Churchill, citado por Rositas (2014), si el rango de la varianza estará entre 3-7 entonces se usa la siguiente ecuación y se utilizó la desviación estándar que se obtuvo en la prueba piloto realizada con anterioridad y que corresponde a 1.8 y se detalla en la siguiente formula del cálculo:

$$n = \frac{Ns^2}{\left((N-1)\left(\frac{e}{Z}\right)^2\right) + s^2}$$

Tomando en cuenta que la población del personal de enfermería y personal médico contratado de ambos hospitales conforman un universo de estudio de 530 profesionales de la salud y usando un intervalo de confianza del 95% y un error tolerable de 0.28, el resultado que se tendrá que obtener como mínimo de muestra resulta en 125 profesionales de la salud (Rositas, 2014).

3.3.2. *Sujetos de estudio*

En este estudio se analizó al profesional de la salud de los hospitales privados, en específico el personal de enfermería y médico que esté en contacto directo con el paciente. Los hospitales que se estudiarán están regulados por la Secretaría de Salud (SSA) cuentan con licencia sanitaria y cumplen con los lineamientos que está requiera para la operación diaria del hospital. También se dará por entendido que el personal que labora en dichas instituciones trabaja bajo el concepto de beneficencia y no maleficencia, en donde lo

primordial es no hacerle daño al paciente. Para ello se solicitó la autorización mediante oficio a la dirección de la institución (Anexo 4), prohibiendo las fotografías y videos por políticas institucionales, aplicándose la propuesta AHRQ para determinar los factores que impactan en la cultura de seguridad del paciente en los hospitales privados de Nuevo León. El método de selección del personal fue por conveniencia ya que se citó al personal a disposición para que acudiera a contestar la encuesta.

3.4. *Métodos de análisis*

Posterior a la aplicación del instrumento antes mencionado, los resultados obtenidos fueron ingresados en el software IBM SPSS STATISTICS 21; reactivo por reactivo y cada una de las respuestas obtenidas de los instrumentos aplicados. Ya una vez que se ingresó toda la información a dicho programa se obtuvieron resultados en cuanto a frecuencias, para posterior a esto lograr obtener los resultados descriptivos para las variables sociodemográficas ubicadas en la primera y tercer apartado del instrumento. Se analizó Alfa de Cronbach el cual es coeficiente que sirve para validar el instrumento.

Asimismo fue por medio de Pruebas de Ji-cuadrada se analizó diferencias las proporciones en variables de interés, como la notificación de eventos adversos, experiencia en el departamento y antigüedad en el hospital. Y finalmente la regresión lineal para ver correlación entre las variables independientes con la dependiente.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan, describen y analizan los resultados derivados de la encuesta AHRQ aplicada a enfermeras y médicos. A fin de continuar con lo detallado, se muestran la descripción de los resultados y las tablas correspondiente que ilustran las deducciones de la investigación.

4.1. Prueba piloto

La prueba piloto de esta investigación se realizó en un hospital general perteneciente al área metropolitana de Monterrey, obteniendo 105 encuestas entre médicos, y enfermeras. para el análisis de la confiabilidad del instrumento se utilizó Alfa de Cronbach y los resultados se pueden observar en la Tabla 12.

Tabla 12. Alfa de Cronbach

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Número de preguntas originales</i>	<i>Resultado</i>	<i>Número de preguntas que se eliminaron</i>
Expectativa y acciones de la dirección	4	0.77	0
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	3	0.71	0
Trabajo equipo en la unidad	4	0.81	0
Franqueza en la comunicación	3	0.79	0
Retroalimentación y comunicación sobre errores	3	0.78	0
Respuesta no punitiva a los errores	3	0.48	0
Dotación del personal	4	0.26	0
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	4	0.64	0
Trabajo en equipo entre unidades	4	0.62	0
Problemas en cambios de turno y transiciones	4	0.71	0
Ética en el liderazgo	4	0.76	0
Frecuencia de eventos notificados	3	0.88	0
Percepción de seguridad del paciente	4	0.44	0
Notificación de eventos	3	0.79	0
Normatividad	3	0.78	0
Capacitación	3	0.86	0

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis más puntual de cada variable, se observa en la Tabla 8 que hay variables como el apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente y la del trabajo en equipo entre unidades que obtuvieron un alfa de entre .6 y .7, por lo cual según George y Mallery (2003) es cuestionable. Sobre todo, hay variables como el de la respuesta no punitiva, el de la dotación del personal y la percepción de seguridad del paciente, que al estar por debajo de 0.5 son pobres y por lo tanto fueron mejoradas en la formulación de los ítems. Aunque no se volvió a realizar la prueba piloto, con toda la muestra se realizó un análisis de Alpha de Cronbach de todos los ítems, teniendo un resultado de 0.71.

A fin de poder justificar los resultados bajos, se realizó un análisis comparativo de la fiabilidad del instrumento aplicado por otros investigadores en donde también reflejan una baja en el Alfa, marcados con rojo, como se observa en la Tabla 13, se encuentra un comparativo de la fiabilidad del instrumento de cultura de seguridad del paciente, en donde la respuesta no punitiva a los errores y la dotación del personal tienen un Alfa de Cronbach pobre en los estudios de la CONAMED y en el estudio realizado por Bodur y Filtz (2009).

Tabla 13. Comparativo de la fiabilidad del instrumento

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Resultado</i>	<i>CONAMED</i>	<i>Bodur y Filtz</i>	<i>Sorra</i>	<i>Final</i>
Expectativa y acciones de la dirección	0.77	0.84	0.67	0.75	0.81
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	0.71	0.79	0.56	0.76	0.80
Trabajo equipo en la unidad	0.81	0.78	0.84	0.83	0.84
Franqueza en la comunicación	0.79	0.71	0.67	0.72	0.67
Retroalimentación y comunicación sobre errores	0.78	0.81	0.82	0.78	0.90
Respuesta no punitiva a los errores	0.48	0.55	0.13	0.79	0.68
Dotación del personal	0.26	0.12	0.02	0.63	0.14
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente	0.64	0.62	0.59	0.83	0.53
Trabajo en equipo entre unidades	0.62	0.65	0.73	0.80	0.61

Problemas en cambios de turno y transiciones	0.71	0.71	0.70	0.80	0.80
--	------	------	------	------	------

Fuente: Elaboración propia

4.2. Resultados finales

A continuación, se describen los resultados que se obtuvieron con el total de la población, se presenta estadística descriptiva para variables de control y estadística inferencial para las variables de interés del modelo.

4.2.1. Estadística descriptiva del perfil del encuestado (personal de salud)

El personal encuestado para este trabajo se distribuyó en un 73% de personal de enfermería y un 27% del personal médico. Realizando una diferencia de proporciones de ambos hospitales encuestados, tenemos que con base a un valor de p de 0.01, en ambos hospitales existe una diferencia significativa entre la población de médicos y la población de enfermería, como se puede observar en la Tabla 14.

Tabla 14. Personal que participó en el estudio

<i>Personal</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Médico	25	31%	23	23%	48	27%
Enfermería	55	69%	78	77%	133	73%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de SPSS

Con respecto a la distribución en turnos, los hospitales encuestados tienen turno matutino, vespertino, diurno de 12 horas, nocturno de 12 horas y jornada acumulada que son personas que van solo en sábados, domingos y días festivos según corresponda. La mayor concentración del personal se encuentra en el turno matutino con un 35% de los colaboradores, seguido del turno nocturno de 12 horas con un 29%. El hospital de especialidad no presenta personal en turno diurno de 12 horas. Esto se puede observar en la Tabla 15.

Tabla 15. Distribución del turno de trabajo

<i>Turno de trabajo</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Matutino	25	31%	39	39%	64	35%
Vespertino	13	16%	15	14%	28	15%
Diurno 12 horas	16	20%	0	0%	16	9%
Nocturno 12 horas	21	26%	31	31%	52	29%
Jornada acumulada	5	6%	16	16%	21	12%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los hospitales que participaron en este estudio, a pesar de tener características de enfoque distintos, presentan similitudes en cuanto a los departamentos que lo conforman, por ejemplo los servicios de quirófano, medicina interna, cuidados intensivos, pediatría, urgencias, rayos X, laboratorio, obstetricia y laboratorio.

La mayor frecuencia del hospital de especialidad se concentra en las diversas unidades del hospital con un 37%, el hospital general cuenta con una mayor concentración en urgencias con un 34%, como se puede observar en la tabla 16.

Tabla 16. Distribución con respecto al área de trabajo

<i>Área de trabajo</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Diversas unidades del hospital	10	13%	37	37%	47	26%
Quirófano	14	18%	10	10%	24	13%
Medicina Interna	2	3%	4	4%	6	3%
Cuidados Intensivos	11	14%	15	15%	26	14%
Pediatría	6	8%	4	3%	10	6%
Urgencias	27	34%	7	7%	34	19%
Radiología	4	5%	5	5%	9	5%
Obstetricia	2	3%	19	19%	21	12%
Laboratorio	4	5%	0	0%	4	2%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 17 nos muestra la distribución del personal que refiere no tener un contacto directo con el paciente, teniendo un resultado del 3% en ambos hospitales, dando como resultado que el 97% de los encuestados si tiene contacto con el paciente.

Tabla 17. Personal que tiene contacto con paciente

<i>Contacto con el paciente</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí	77	96%	98	97%	175	97%
No	3	4%	3	3%	6	3%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la cantidad de eventos adversos que se reportan, el personal encuestado refiere que en un 34% no generan ningún reporte a la organización, y solo un 16% de todos los encuestados realiza al menos un reporte en promedio por mes. Como se observa en la Tabla 18.

Tabla 18. Frecuencia de eventos reportados

<i>Número de eventos reportados</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ninguno	35	44%	26	26%	61	34%
De 1 a 2 eventos	13	16%	29	28%	42	23%
De 3 a 5 eventos	12	15%	12	12%	24	13%
De 6 a 10 eventos	6	8%	20	20%	26	14%
De 11 a 20 eventos	7	9%	11	11%	18	10%
21 o más eventos	7	9%	3	3%	10	6%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la antigüedad que tienen los colaboradores en la empresa, el hospital general está limitado, dado que tiene solo cinco años en funciones al momento de realizar la encuesta a diferencia del hospital de especialidades que tiene más de 30 años de antigüedad. Como se puede observar en la Tabla 19, la mayor concentración se encuentra dentro de 1-5 años de antigüedad. También se puede observar que el hospital general tiene una mayor cantidad de personas que tienen menos de 1 año trabajando en el hospital, con el 45% de su población, a diferencia del hospital de especialidad que solo cuenta con el 19% que cae en esta categoría.

Tabla 19. Antigüedad en la empresa

<i>Antigüedad en la empresa</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos de 1 año	36	45%	19	19%	55	30%
De 1 a 5 años	38	48%	27	26%	65	36%
6 a 10 años	6	8%	11	11%	17	9%
De 11 a 15 años	0	0%	9	9%	9	5%
De 16 a 20 años	0	0%	14	14%	14	8%
Más de 21 años	0	0%	21	21%	21	12%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la antigüedad que tienen los colaboradores en el departamento, solo el 33% en el total tienen menos de un año, y el 20% de los encuestados tiene más de 10 años en el departamento, todos ellos en el hospital de especialidad, como se puede observar en la Tabla 20.

Tabla 20. Antigüedad en el departamento

<i>Antigüedad en el departamento</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos de 1 año	38	48%	21	21%	59	33%
De 1 a 5 años	38	48%	31	31%	69	38%
6 a 10 años	4	5%	14	14%	18	10%
De 11 a 15 años	0	0%	10	10%	10	6%
De 16 a 20 años	0	0%	9	9%	9	5%
Más de 21 años	0	0%	16	16%	16	9%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

En lo que corresponde a la cantidad de horas que labora el personal, solo el 1% refiere tener más de 100 horas en el hospital, la máxima concentración se encuentra en la distribución de 40 a 59 horas, que son la cantidad de horas que recomiendan las autoridades mexicanas, esto con un 69% de los colaboradores, como se puede observar en la Tabla 21.

Tabla 21. Total de horas laboradas por semana

<i>Horas laboradas</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos de 20 horas	5	6%	3	3%	8	4%
De 20 a 39 horas	12	15%	13	13%	25	14%
De 40 a 59 horas	59	74%	66	65%	125	69%
De 60 a 79 horas	3	4%	14	14%	17	9%
De 80 a 99 horas	1	1%	4	4%	5	3%
Más de 100 horas	0	0%	1	1%	1	1%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

El personal que labora en los hospitales tiene distinto grado escolar, el cual está en relación con los privilegios que tiene para atender a los pacientes, de modo que la población encuestada tiene en un 47% personal con una especialidad, ya sea médica o de enfermería, por otra parte, el personal que solo tiene una carrera técnica son el 8% de la población, como se puede observar en la Tabla 22.

Tabla 22. Grado académico del personal encuestado

<i>Grado académico</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Enfermera técnica	7	9%	8	8%	15	8%
Enfermera general	13	16%	22	22%	35	19%
Enfermera especialista	16	20%	36	36%	52	29%
Lic. En enfermería	22	28%	0	0%	22	12%
Médico general	0	0%	2	2%	2	1%
Médico residente	0	0%	7	7%	7	4%
Médico especialista	21	26%	11	14%	32	18%
Otros	1	1%	14	13%	15	8%
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 23, se puede observar la distribución de la experiencia profesional, en donde el 60% de la población del hospital de especialidad tiene más de 10 años de experiencia, a diferencia del hospital que solo cuenta con un 32% del personal con la misma antigüedad.

Tabla 23. Experiencia en su profesión

<i>Experiencia en su profesión</i>	<i>Hospital General</i>		<i>Hospital Especialidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos de 1 año	5	6%	4	4%	9	5
De 1 a 5 años	29	36%	22	22%	51	28
6 a 10 años	21	26%	14	14%	35	19
De 11 a 15 años	11	14%	11	11%	22	12
De 16 a 20 años	6	8%	20	20%	26	14
Más de 21 años	8	10%	30	29%	38	21
Total	80	100%	101	100%	181	100%

Fuente: Elaboración propia.

4.2.2 Estadística descriptiva del cuestionario de seguridad del paciente AHRQ

El análisis de resultados de la encuesta de seguridad del paciente utilizando porcentajes como estadística descriptiva. Se realizó de acuerdo con lo establecido por la Agency for Health Research Quality en 2017, donde el análisis por ítem se mantendrán las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones se invierte la escala de las preguntas formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

Para clasificar un ítem o dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Las variables que se consideran como una fortaleza para ambos hospitales son el trabajo en equipo en la unidad, lo cual se da solo en el departamento al cual pertenece el colaborador encuestado y el aprendizaje organizacional y la mejora continua, también el apoyo de la gerencia y dirección del hospital, la notificación de eventos, la capacitación y la normatividad. Por el contrario, las debilidades son respuesta no punitiva al error y dotación del personal, como se muestra en la Tabla 24.

Tabla 24. Resultado de la seguridad del paciente, por variable y global

<i>Nombre de la variable (Cantidad de preguntas)</i>	<i>%</i>
Expectativas y acciones de la dirección (4)	67%
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua (3)	79%
Trabajo en equipo en la unidad (4)	82%
Franqueza en la comunicación (3)	52%
Retroalimentación y comunicación sobre errores (3)	64%
Respuesta NO punitiva a los errores (3)	39%
Dotación del personal (4)	37%
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente (3)	77%
Trabajo en equipo entre unidades (4)	65%
Problemas en los cambios de turno y transiciones (4)	60%
Ética en el liderazgo (4)	58%
Percepción de seguridad del paciente (4)	60%
Frecuencia de eventos notificados (3)	72%
Notificación de eventos (3)	83%
Normatividad (3)	78%
Capacitación (3)	83%
Promedio global del instrumento	66%

Fuente: Elaboración propia

Se realizó un análisis de las preguntas realizadas en la encuesta, diferenciándose por el hospital correspondiente, para ello se realizó la conversión de la pregunta que estaba en sentido negativo para clasificarla hacia el mismo sentido que el resto, estas pueden ser identificadas en la Tabla 25. De manera general no presentan una diferencia mayor al 10% con excepción a las citadas en color rojo

Tabla 25. Resultados comparativos por hospital e indicador

<i>Pregunta</i>	<i>Especialidad</i>	<i>General</i>	<i>Global</i>
En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente en su labor de trabajo	84%	84%	84%
Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo	34%	31%	33%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	78%	79%	78%
En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	95%	94%	94%
El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	35%	28%	31%
Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes	92%	85%	89%
Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	52%	49%	51%
El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	46%	56%	51%
Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	76%	69%	73%
En mi área de trabajo piensan que casualmente no ocurren errores de mayor gravedad	40%	35%	38%
Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden	76%	66%	72%
Cuando se informa de un incidente, sentimos como que se está reportando a la persona y no el problema	43%	43%	43%

Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad de la solución propuesta.	75%	74%	75%
Con frecuencia trabajamos en “forma de crisis” tratando de hacer mucho y muy rápidamente	40%	29%	35%
En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo a pesar de tener más trabajo	61%	58%	60%
Al personal de esta área nos preocupa que los errores que se cometen se archiven en el expediente laboral	24%	23%	23%
Tenemos problemas para mantener con la seguridad del paciente en esta área	67%	61%	65%
Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir con los pacientes	83%	75%	79%
Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos	67%	50%	59%
Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	76%	58%	68%
Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, a pesar de que ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	69%	60%	65%
Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad que ocurren una y otra vez a algunos pacientes	80%	73%	77%
Mi supervisor/jefe toma decisiones basadas en sus valores	66%	64%	65%
Mi supervisor/jefe me pide que tome decisiones que potencien mis valores	56%	50%	53%

Mi supervisor/jefe toma decisiones difíciles en base a un elevado nivel de conducta ética	58%	53%	55%
A partir de los incidentes notificados en mi área o servicio se nos informa sobre los cambios realizados	61%	48%	55%
El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente	70%	61%	66%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio con relación al paciente	74%	61%	69%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	37%	40%	38%
En mi área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	72%	65%	69%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho en forma incorrecta +	54%	49%	52%
Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	74%	65%	70%
Cuando se comete un error y se estima que no puede dañar al paciente ¿qué tan frecuentemente se reporta?	76%	61%	69%
Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	81%	73%	77%
Cuando se comete una cuasi falla ¿Con qué frecuencia se reporta?	73%	75%	74%
Cuando se comete un evento adverso ¿Con qué frecuencia se reporta?	89%	83%	86%
Cuando se comete un evento centinela ¿Con qué frecuencia se reporta?	89%	90%	89%
La dirección del Hospital proporciona un ambiente laboral que promueve continuamente la seguridad del paciente	94%	85%	90%

Las áreas o servicios del Hospital no se coordinan bien entre ellas	88%	83%	86%
La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro +	68%	59%	64%
Hay buena cooperación entre las áreas del Hospital que necesitan trabajar juntas	72%	69%	71%
Con frecuencia se pierde información importante durante los cambios de turno respecto a la atención de los pacientes	68%	63%	66%
Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del Hospital +	80%	55%	69%
Con frecuencia surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del Hospital +	64%	53%	59%
Las acciones de la dirección del Hospital muestran que la seguridad del paciente es prioridad	88%	83%	86%
La dirección del Hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso +	65%	43%	55%
Todos los departamentos del Hospital trabajan bien juntos para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes	78%	70%	75%
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en el Hospital +	57%	48%	53%
Considero que el hospital cumple con lo necesario (insumos, equipos, etcétera.) para brindar una atención segura a los pacientes	72%	71%	72%
Considero que el hospital cumple con las normativas para brindar una atención segura a los pacientes	89%	85%	87%
El hospital representa un modelo a seguir para otros hospitales locales en lo referente la seguridad del paciente	80%	71%	76%
En mi hospital se me proporciona información sobre lo que se requiere para la seguridad del paciente	94%	80%	88%

En mi Hospital, se preocupan porque el personal conozca y aplique las políticas y procedimientos que aseguren la calidad de la atención médica	91%	74%	83%
En mi hospital se invierten recursos para capacitar al personal sobre la seguridad del paciente	86%	65%	77%

Fuente: Elaboración propia.

4.2.3. Estadística inferencial con regresión lineal multivariada

El método de regresión lineal es conveniente para analizar las posibles influencias que pueden tener las variables de percepción de seguridad del paciente contra todas las variables que impactan dicha variable paciente, en donde todas las variables de interés son significativas con respecto a la variable independiente como se observa en la tabla 26.

Tabla 26. Regresión lineal multivariada: seguridad del paciente

<i>Variable</i>	<i>R Cuadrado Corregido</i>	<i>Significancia</i>	<i>F</i>	<i>Durbin Watson</i>	<i>Índice de condición</i>
FEC	0.098	0.000	20.03	1.826	8.701
AOMC	0.140	0.000	29.39	1.953	10.14
RNP	0.107	0.000	21.97	1.750	6.740
EYAD	0.052	0.001	10.55	1.855	9.000
EEL	0.023	0.026	5.050	1.806	7.383
RYCSE	0.074	0.000	15.064	1.772	8.346
AGYD	0.157	0.000	33.491	1.814	11.706
TEEUU	0.038	0.005	7.925	1.836	9.932
PCTYT	0.118	0.000	24.216	1.821	8.33
NOM	0.093	0.000	18.875	1.891	9.773
CAP	0.109	0.000	22.422	1.841	10.013
TEEU	0.116	0.000	24.044	1.954	10.505
DTP	0.073	0.000	14.539	1.990	8.516

Fuente: elaboración propia

Asimismo, se realizó regresión lineal para cada variable contra la notificación de eventos, en donde las variables, respuesta no punitiva, ética en el liderazgo, trabajo en equipo entre

unidades, y dotación del personal, no están relacionadas para esta variable, por tener un valor de $p > 0.05$, como se observa en la tabla 27.

Tabla 27. Regresión lineal multivariada: notificación de eventos

<i>Variable</i>	<i>R Cuadrado Corregido</i>	<i>Significancia</i>	<i>F</i>	<i>Durbin Watson</i>	<i>Índice de condición</i>
FEC	0.109	0.000	22.551	1.936	8.694
AOMC	0.208	0.015	6.090	1.894	10.149
RNP	0.002	0.553	0.354	1.912	6.741
EYAD	0.011	0.091	2.895	1.929	9.008
EEL	0.006	0.163	1.966	1.938	7.383
RYCSE	0.146	0.000	31.190	1.929	8.583
AGYD	0.058	0.001	11.744	1.903	11.735
TEEUU	0.004	0.415	0.668	1.939	9.919
PCTYT	0.049	0.002	9.986	1.966	8.251
NOM	0.060	0.000	12.179	1.965	9.798
CAP	0.072	0.000	14.589	2.018	10.037
TEEU	0.028	0.015	6.093	1.894	10.528
DTP	0.006	0.161	1.984	1.913	8.609

Fuente: elaboración propia

Para el análisis inferencial se realizó regresión lineal multivariada de las variables independientes contra la variable percepción de seguridad del paciente y también de las variables independientes contra la variable reporte de eventos adversos. Estas fueron analizadas de manera individual, ya que en el diseño del instrumento se menciona que estas dos variables son consideradas como variables dependientes. En ambos casos se agruparon los ítems para formar los constructos de las variables, y posteriormente se analizaron en SPSS, teniendo como resultado el constructor de 13 variables independientes y una de dependiente.

De acuerdo a la revisión de artículos, se encontró que la encuesta ha sido aplicada en otras unidades hospitalarias, para los cuales se describe en la Tabla 28, en donde están incluidas clínicas de primer nivel de atención de Turquía (Bodur, 2009), en el caso de Saturno (2009), describe la cultura de seguridad de hospitales chicos, medianos y grandes de España, Sorra (2009) realizó un análisis de las bases de datos disponibles de Agency for Healthcare Research and Quality en Estados Unidos en 2009 en los cuales se toman los datos de

hospitales que cuenten con 50-99 camas. En el caso del estudio realizado por la CONAMED en México (2010) los datos generados fueron de un simpsio de dicha Comisión, no haciendo referencia a alguna unidad del método de pasos sucesivos, dicho modelo está conformado por las variables: acciones de la gerencia y dirección, aprendizaje organizacional y mejora continua, respuesta no punitiva, problemas en los cambios de turno y transición y el trabajo en equipo entre unidades.

Tabla 28. Comparativo de porcentajes de de la revisión bibliografica.

<i>Nombre de la variable (Ítems)</i>	<i>Alanís</i>	<i>CONAMED</i>	<i>Saturno</i>	<i>Bodur</i>	<i>Sorra</i>
Expectativas y acciones de la dirección (4)	67%	66%	62%	58%	76%*
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua (3)	79%*	68%	54%	59%	71%
Trabajo en equipo en la unidad (4)	82%*	66%	71%	76%	79%
Franqueza en la comunicación (3)	52%	62%*	48%	54%	62%*
Retroalimentación y comunicación sobre errores (3)	64%	66%*	44%	53%	66%*
Respuesta NO punitiva a los errores (3)	39%	55%	53%	59%	63%*
Dotación del personal (4)	37%	60%	62%*	51%	56%
Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente (3)	77%*	63%	45%	58%	72%
Trabajo en equipo entre unidades (4)	65%	51%	33%	58%	56%
Problemas en los cambios de turno y transiciones (4)	60%	53%	56%	56%	47%
Percepción de seguridad del paciente (4)	60%	51%	34%	59%	66%*
Frecuencia de eventos notificados (3)	72%	66%	47%	88%*	60%
Promedio global del instrumento	66%	61%	51%	61%	75%*
N	181	174	6,257	180	15,766

Fuente: elaboración propia

4.2.4. Estadística inferencial con regresión lineal

Se realizó regresión lineal dado que una variable en escala de Likert que se percibe como simétrica y equidistante cumple con la función de una escala de intervalo (Hair, Et al, 2016). Para cada variable contra la variable percepción de seguridad del paciente, en donde todas las variables impactan en la percepción de la seguridad del paciente, en donde todas las variables de interés son significativas con respecto a la variable independiente como se observa en la tabla 29.

Tabla 29. Regresión lineal univariada: seguridad del paciente

<i>Variable</i>	<i>R</i>	<i>Cuadrado</i>	<i>t</i>	<i>Significancia</i>	<i>F</i>	<i>Durbin</i>	<i>Índice</i>	<i>de</i>
	<i>Corregido</i>					<i>Watson</i>	<i>condición</i>	
FEC	0.098	4.476	0.000	20.03	1.826	8.701		
AOMC	0.140	5.421	0.000	29.39	1.953	10.14		
RNP	0.107	4.688	0.000	21.97	1.750	6.740		
EYAD	0.052	3.249	0.001	10.55	1.855	9.000		
EEL	0.023	2.247	0.026	5.050	1.806	7.383		
RYCSE	0.074	3.881	0.000	15.064	1.772	8.346		
AGYD	0.157	5.787	0.000	33.491	1.814	11.706		
TEEUU	0.038	2.815	0.005	7.925	1.836	9.932		
PCTYT	0.118	4.921	0.000	24.216	1.821	8.33		
NOM	0.093	4.344	0.000	18.875	1.891	9.773		
CAP	0.109	4.735	0.000	22.422	1.841	10.013		
TEEU	0.116	4.903	0.000	24.044	1.954	10.505		
DTP	0.073	3.813	0.000	14.539	1.990	8.516		

Fuente: elaboración propia

Se realizó regresión lineal multivariada para contrastar la variable percepción de seguridad del paciente en donde se encontró un modelo que presenta una significancia de 0.00, un valor F igual a 12.61 y un valor de Durbin Watson de 1.93, el índice de condición tiene un valor de 18.37, por lo cual no refleja multicolinealidad, así como se observa en la Tabla 30.

Tabla 30. Regresión lineal multivariada: variable seguridad del paciente

<i>Modelo</i>	<i>R Cuadrado corregido</i>	<i>F</i>	<i>Durbin Watson</i>	<i>Índice de condición</i>
RYCSE	0.315	12.610	1.935	18.375
PCTYT				
TEEUU				
NOM				
EYAD				

Fuente: elaboración propia

Se realizó regresión lineal multivariada con la variable cultura de seguridad del paciente la cual surge de la agrupación de la variable notificación de eventos y percepción de seguridad del paciente, se obtiene como resultado un R^2 de 0.315, en donde se tomó en cuenta el modelo número 3, según el método de pasos sucesivos, dicho modelo está conformado por las variables: retroalimentación y comunicación sobre errores, problemas en los cambios de turno y transiciones y capacitación. Según Montgomery (2010), la correlación es baja, lo cual nos hace concluir que el modelo no explica de manera adecuada el fenómeno, esto abre la posibilidad a que se apliquen otras variables que puedan aportar a correlacionar el impacto de otras variables con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 31. Regresión lineal multivariada: seguridad del paciente

<i>Modelo</i>	<i>Coeficiente</i> <i>Beta</i> <i>Estandarizado</i>	<i>t</i>	<i>sig</i>	<i>R Cuadrado</i> <i>corregido</i>	<i>F</i>	<i>Durbin</i> <i>Watson</i>	<i>Índice de</i> <i>condición</i>
RYCSE	.406	4.139	.00	0.315	23.869	2.078	15.197
PCTYT	.435	4.659	.00				
CAP	.348	3.135	.00				

Fuente: elaboración propia

Para determinar el impacto de las variables, se utilizó la tabla de valoración de impacto en base a los coeficientes Betas, propuesta por Rositas (2006), la variable retroalimentación y comunicación sobre errores con un beta de 0.406 tiene un impacto fuerte, la variable problemas en los cambios de turno y transiciones con un beta de 0.435 también tiene un impacto fuerte y por último la variable capacitación impacta fuerte con respecto a la variable cultura de seguridad del paciente tomando en cuenta lo que se muestra en la Tabla 32.

Tabla 32. Criterios para valoración de impacto en base a coeficientes

<i>Rango de valores de coeficientes</i>	<i>Valoración del impacto</i>
0.00 a 0.09	Imperceptible
0.10 a 0.15	Perceptible (apenas)
0.16 a 0.19	Considerable
0.20 a 0.29	Importante
0.30 a 0.50	Fuerte
Mayores a 0.50	Muy Fuerte

Fuente: Rositas (2006).

La técnica estadística utilizada se justifica debido que el modelo de regresión lineal múltiple permite determinar el grado de impacto de las variables independientes propuestas por AHRQ sobre la variable independiente Cultura de Seguridad del Paciente. Este tipo de modelo permite identificar el grado de impacto y significancia que tienen estas variables objeto de estudio.

La ecuación es:

$$Y_{\text{PercepCultSegPac}} = 0.406 * RYCSE + 0.435 * PCTYT + 0.348CAP$$

$$\text{Valores } t = \quad (4.13) \quad (4.66) \quad (3.14)$$

$$R^2 = 0.315$$

Donde:

La variable dependiente Y: percepción de cultura de seguridad del paciente es impactada significativamente por las variables RYCSE: retroalimentación y comunicación sobre errores, PCTYT: problemas de cambios de turno y transiciones, y CAP: capacitación, aunque con un R2 que pudiera mejorarse en futuras investigaciones.

Tabla 33. Relación de hipótesis

<i>Hipótesis</i>	<i>Conclusión</i>
EYAD	Aceptada
AOMC	Aceptada
TEE	Aceptada
FEC	Aceptada
RYCSE	Aceptada
RNP	Aceptada
DTP	Aceptada
AGYD	Aceptada
TEEU	Aceptada
PCTYT	Aceptada
EEL	Aceptada
CAP	Aceptada
NOM	Aceptada

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La medición de la cultura de seguridad del paciente es un termómetro de las situaciones que pueden estar enfrentando los pacientes en los hospitales, es de vital importancia realizar dicha medición porque permite enfocar acciones para mejorar la seguridad de los pacientes.

Con los resultados obtenidos, podemos concluir que las variables: Expectativas y acciones de la dirección, Aprendizaje organizacional/ Mejora continua, Trabajo en equipo en la unidad, Franqueza en la comunicación, Retroalimentación y comunicación sobre errores, Respuesta NO punitiva a los errores, Dotación del personal, Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente, Trabajo en equipo entre unidades, Problemas en los cambios de turno y transiciones, Ética en el liderazgo, Frecuencia de eventos notificados, Normatividad y Capacitación impactan de forma positiva en la seguridad del paciente de hospitales privados del Área Metropolitana de Monterrey. Cabe destacar como hallazgo que las variables éticas en el liderazgo, normatividad y capacitación también son factores que impactan a la cultura de seguridad del paciente. Lo anterior da respuesta al objetivo específico y a la pregunta central de investigación, que pretendía analizar los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente.

Asimismo, las variables: Expectativas y acciones de la dirección, Aprendizaje organizacional/ Mejora continua, Trabajo en equipo en la unidad, Franqueza en la comunicación, Retroalimentación y comunicación sobre errores, Apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente, Problemas en los cambios de turno y transiciones, Frecuencia de eventos notificados, Normatividad y Capacitación impactan de manera positiva en la notificación de eventos adversos.

Con respecto a los resultados encontrados en otras investigaciones, se encontró que en los hospitales privados las variables que tienen mayor cantidad de respuestas positivas se encuentra el aprendizaje organizacional/Mejora continua, trabajo en equipo en la unidad, apoyo de la gerencia/dirección del hospital en la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre unidades y problemas en los cambios de turno y transición, estas variables se contrastaron con las publicaciones de CONAMED, Saturnio, Bodur y Sorra, los cuales se pueden consultar en la Tabla 22.

Además, las variables que muestran menor porcentaje de respuestas positivas son la respuesta no punitiva a los errores y la dotación del personal, lo cual puede ser un reflejo del

comportamiento del personal de salud en los hospitales privados del área metropolitana de Monterrey, así como la dotación que administra el hospital referente a contratación de recurso humano.

Una de las variables que no se pudieron incluir en este tema, pero que la teoría indica que pueden repercutir en cometer errores, es el cansancio físico y emocional que presenta el personal de salud, ya que nuestro sistema actual obliga a realizar jornadas largas de trabajo de hasta 72 horas continuas, las cuales repercuten en el desempeño del personal. Se plantea como opción para futuras investigaciones y así permitir al personal desarrollar sus capacidades en un ámbito que favorezca el aprendizaje y una práctica médica en un ámbito seguro.

Se recomienda ahondar en variables que sean tangibles relacionadas con la seguridad del paciente, tales como cirugías incorrectas, errores de medicación, infecciones asociadas a la atención sanitaria, etcétera. Para no dejar el tema de cultura de seguridad a la percepción del personal que labora en las organizaciones. Evidentemente costará trabajo, dado que la información podría afectar a las organizaciones, pero podría ayudar a hacer sistemas de calidad más eficientes, que reduzcan el riesgo de daño al paciente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones que enfrenta este trabajo están relacionadas con la sensibilidad de la información que se proporciona en los cuestionarios. Las unidades hospitalarias a las que se acudió decidieron no participar en el estudio para no incurrir en la afección de su marca o sus intereses.

También es importante destacar que la defensa de esta tesis se da en un contexto de pandemia mundial en donde quizá la información al verse afectada por un problema tan grande pueda ser diferente si se aplicase en este momento de la historia. Esta misma situación va a permitir mayores líneas de investigación relacionadas a la seguridad del paciente, así como considerar la seguridad de los profesionales de la salud que en este momento están siendo afectados por la presencia del SARS-CoV-2, pero también por la falta de insumos, equipo médico y personal para enfrentar situaciones de este nivel.

Referencias bibliográficas

- Aguado, T. (2016). Calidad de sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista enfermería en el trabajo*, 12-18.
- Aguerrebere, P. M. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 19-28.
- Aguirre-Gas, H., Zavala-Villavicencio, J., Hernández-Torres, F., & Fajarrdo-Dolci, G. (2005). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional . *Redalyc*, 456-462.
- AHRQ. (1 de Junio de 2017). *Agency for Health Care Research and Quality*. Obtenido de <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- AL Lawati, M. H., Dennis, S., Short, S. D., & Noor. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice* , 19:104.
- Álvarez, J. S. (2007). Anales de Medicina Interna: . En J. S. Álvarez, *Anales de Medicina Interna* (págs. 517-519). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Aranaz, J., & Agra, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clínica*, 1-2.
- Arenas Márquez, H., & Anaya Prado, R. (2008). Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Medigraphic*, 355-361.
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R., & Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 326-332.
- Arteaga. (9 de Agosto de 2019). *Repositorio Institucional ULADECH*. Obtenido de Mejorando el manejo del estrés laboral del personal de enfermería en el servicio de emergencia de lhospital de apoyo la caleta, Chimbote 2019: repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/13154
- Bass, B. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: theory, research and managerial applications* (3era ed.). New York: The Free Press.
- Bodur, S., & Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 348-355.
- Cardona, P. (Diciembre de 2006). *IESE*. Obtenido de IESE: <http://www.iese.edu/research/pdfs/op-07-10.pdf>

- Carrada, T. (2003). Liderazgo médico en sistemas de salud. *Revista mexicana de patología clínica*, 142-156.
- Carrillo-Esper, R. (2011). El error en la práctica de anestesiología. *Revista mexicana de anestesiología*, 103-110.
- Casares, E. (2007). La Comunicación en la Organización; la Retroalimentación como Fuente de Satisfacción. *Razón y palabra*.
- Celina, H., & Campos, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 572-580.
- Chairez, M. (2018). *Comercio Exterior*. Obtenido de comercioexterior.bligoo.com/media/user/32/1638143/files/611461/ENSAYO_4_Toma_de_Decisiones_capitulo_6.pdf
- Clerc, J., Saldivia, A., & Serrano, M. (2006). Liderazgo y su influencia sobre el clima laboral. En *Tendencias en Salud Pública: salud familiar y comunitaria y promoción* (págs. 1-15). Chihuahua.
- Cousstase-Hencke, A. (2004). *Organizational culture change in a Texas hospital*. Tesis doctoral, University of North Texas, Texas.
- Cruce, J. M. (1999). History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past. *The american journal of the medical sciences*, 171-180.
- CSG. (15 de Enero de 2017). *Consejo de Salubridad General*. Obtenido de <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/3aEdicion-EstandaresHospitales2015.pdf>
- CSG. (30 de Septiembre de 2017). *Consejo de Salubridad General*. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/6.EAM/certificados/CertificadoVigente-Septiembre-2017-4.pdf>
- CSG. (28 de Febrero de 2021). *Consejo de Salubridad General*. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/certificados/INF_PUB_CERT_28_02_2021_311_EAM.PDF
- Da Costa Saar, S. R., & Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. *Latino Americana Enfermagem*.
- Davini, M. C. (2005). *Campus Virtual de Salud Publica de la Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://cursospaíses.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/7054/mod_resource/content/0/mod3_EpsYGestionMCDavini.pdf
- Davini, M., Nervi, L., & Roschke, M. (2002). *Biblioteca Virtual en Salud de Perú*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2780.pdf>

- Davis, K., & Newstrom, J. (1991). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: Mc Graw Hill.
- Delgado, M., Márquez, H., & Santacruz, J. (2014). *Dirección General de Calidad y Educación en Salud*. Recuperado el 29 de Mayo de 2015, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_011.pdf
- Denkins, T. W. (2013). *The alignment of human resources and organizational culture in magnet hospitals: selection and job fit as an antecedent to retention and performance*. Tesis doctoral, Capella University, Minnesota.
- DGIS. (20 de Julio de 2016). *Dirección General de Información en Salud*. Obtenido de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rmateriales_gobmx.html
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de calidad asistencial*, 22-29.
- Domínguez, B. N. (2005). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 239-244.
- Fajardo, G., Rodríguez, J., Arboleya, H., Rojano, C., Hernández, F., & Santacruz, J. (2010). Cultura de seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y cirujanos*, 527-532.
- Fajardo-Dolci, & Germán. (2010). Seguridad del paciente. *Cirugía y cirujanos*, 379-380.
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suárez, J., Arboleya-Casanova, H., & Rojano-Fernández. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Academia mexicana de cirugía*, 527-532.
- Fariña, Beatriz; González, Yolanda. (1998). Gestión estratégica de la calidad. Herramientas: una aplicación en el campo sanitario. *Dialnet*, 275-316.
- Ferreira-Umpiérrez, A., & Chiminelli-Tomás, V. (2014). Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. *Aquichán*, 294-302.
- Garzón, M., & Fisher, A. (2008). Modelo teórico del aprendizaje organizacional. *Pensamiento y gestión*, 195-22.
- Gérvás, J., & Hernández Aguado, I. (2009). Aciertos y errores en la gestión de la crisis de salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 67-71.
- Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México, D.F.: IEPSA.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
- González, Y., Casas, L., Acao, F., & Hernández, Y. (2014). Diagnóstico de costos y gestión de calidad. *Archivo Médico de Camagüey*, 259-268.
- Griffin, R. W. (2011). Administración. En R. W. Griffin, *Administración* (pág. 448). México: Cengage Learning.

- Günes, Ü., Gürlek, Ö., & Sönmez, M. (2015). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Australian College of Nursing*, 225-232.
- Hackman, J., & Oldham, G. (1975). A new strategy for job enrichment. *California Management Review*, 57-71.
- Hair, Joseph, Hult, T., Ringle, C., & Sardest, M. (2016). *A primer on partial least squares structural equation modeling*. SAGE.
- Hermoso, F. G. (2001). Errores médicos o desviaciones en la práctica. *Science Direct*, 591-603.
- Hernandez, M., Ochando, A., Royuela, C., Lorenzo, S., & Paniagua, F. (2008). Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 190-195.
- Hernández-Sampieri, Fernandez-Collado, & Baptista-Lucio. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGrawHill.
- Hull, L., & Sevdails, N. (2015). El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 3-6.
- Humai-Sutton, L., Barragán-Pérez, V., Fuentes-García, R., Monsalvo-Obregón, E., & Fouilloux-Morales, C. (2013). Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes. *Academia mexicana de cirugía*, 81(4), 317-327.
- INEGI. (20 de Mayo de 2017). *INEGI*. Obtenido de INEGI:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/descarga/?ti=6>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa*. Nuevo León. Cuernavaca, México : Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jaraiz, E., Lagares, N., & Pereira, M. (2013). Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista española de ciencia política*, 161-181.
- Kapaki, V., & Souliotis, K. (2018). Psychometric Properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): Findings from Greece. *Vignettes in Patient Safety*.
- Kathris, R. (2007). *The relationship of leadership style and types of organizational cultures on the effectiveness and employee satisfaction in acute care hospital*. Tesis doctoral, Touro University International, California.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donalson, M. (2000). To err is human: building a safer health system. *National academic press*.

- Kopelman, R. (1988). *Administración de la productividad en las organizaciones*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Kotter, J. P. (1998). *El liderazgo de Matsushita, lecciones del empresario más destacado del siglo XX*. Buenos Aires: Granica.
- Lavielle-Sotomayor, M., Cerón-Ruiz, M., Tovar-Larrea, P., & Bustamante-Rojano, J. (2008). Satisfacción con la atención en salud. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 129-134.
- Leape, L. L. (1991). THE NATURE OF ADVERSE EVENTS IN HOSPITALIZED PATIENTS. *PubMed*, 377-384.
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M., & Espinoza-Martínez, C. (2006). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 233-242.
- Marsteller, J., Wen, M., & Hsu, Y. (2015). Safety culture in cardiac surgical teams: data from five programs and national surgical comparison. *Ann Thorac Surg*, 2182-2189.
- Martin Zurro, A., Ledezma Casteltort, A., & Sans Miret, A. (2000). El modelo de atención primaria de salud: Balance y Perspectivas. *Elsevier*, 1-9.
- Menárguez, J., & Saturno, S. (1998). Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la comunidad autónoma de Murcia. *ELSEVIER*, 617-671.
- Ministerio de sanidad y política social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud Español*. Madrid: Ministerio de sanidad y política social.
- Miró, E., Cano-Lozano, M., & Buéla-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 11-27.
- Moguel Parra, G., Amor Santoyo, S., & Barragán Pérez, E. (2008). Seguridad de los pacientes, prioridad del Hospital Infantil de México: punto de vista del médico como paciente. *Medigraphic*, 407-411.
- Mohamed Ghobashi, M., Ghani El-ragehy, H. A., Mosleh Ibrahim, H., & Abdullah Al-Doser, F. (2014). Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. *Epidemiology biostatistics and public health*, e9101-1-e9101-9.
- Montgomery, D. (2011). *Probabilidad y Estadística Aplicada a la Ingeniería*. México: Limusa.
- Moreno, C. (2004). Claves para el liderazgo ético. *Capital Humano*, 84-87.
- Moriano, J., Molero, F., & Lévy, J.-P. (2011). Liderazgo auténtico. Concepto y validación del cuestionario ALQ en España. *Psicothema*, 23(2), 336-341.
- O'Reilly, C. (1989). Corporations, culture, and commitment: Motivation and social control in organizations. *Meaning Human Resources*, 9-25.

- OMS. (18 de Mayo de 2002). *Resultados de la 55a Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado el 2015 de Mayo de 28, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf
- OMS. (2005). *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Ginebra: WHO.
- OMS. (2008). *La investigación en seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura*. Ginebra: WHO Press.
- OMS. (Agosto de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Organización Mundial de la Salud. (18 de Mayo de 2002). *Resultados de la 55a Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado el 2015 de Mayo de 28, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Ginebra: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Francia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, Z., Esandi, M. E., Gioretti, O., Garcia, M., & Trillo, C. (1 de Febrero de 2018). *Intituto de investigaciones epidemiológicas*. Obtenido de <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/wp-content/uploads/2017/11/La-CulturaSeguridad.pdf>
- Palacio, F. (2011). La seguridad del paciente: un problema importante y actual. *Sociedad española de medicina*, 496-503.
- Patrick, N. (2001). *Role of organizational culture in merging hospital clinical and no clinical departments*. Tesis doctoral, Medical University of South Carolina, South Carolina.
- Pérez Castro y Vázquez, J. A., Rodríguez Tanguma, E. D., & Recio España, F. I. (2016). Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. *CONAMED*, 109-119.
- Pérez-Romero, L. (2008). Geomarketing en salud para ubicar oferta de servicios médicos de valor. *Salud Uninorte*, 24(2), 319-340.
- Pousette, A., Larsman, P., & Eklöf, M. (2017). The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare – a multi-level investigation. *Journal of safety research*, 187-198.
- Ramírez Sánchez, T. d., Nájera Aguilar, P., & Nigenda López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Scielo Salud Publica*, 3-12.

- Roqueta, F., Tomás, S., & Chanovas, M. (2011). Cultura de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias; resultado de la evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Emergencias* , 356-364.
- Rositas, J. (2005). *Factores críticos de éxito en la gestión de calidad y su grado de presencia e impacto en la industria manufacturera mexicana*. Monterrey, Nuevo León: Tesis Doctoral UANL.
- Rositas, J. (2014). Los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación del conocimiento. *InnOvaciOnes de NegOciOs*, 235 – 268.
- Salinas, M., & Rodríguez, H. (2011). *Dearade*. Obtenido de dareade.udea.edu.co/aula/pluginfile.php/1150/mod_resource/content/1/Competencia_Toma_de_Decisiones.pdf
- Saturno, P. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud Español*. Madrid: Ministerio de sanidad y politica social .
- Secretaría de Salud. (2006). *Innovaciones en gestión hospitalaria en México*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx>: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa Nacional de Salud 2013-2018*. México, D. F.: IEPSA.
- Serra, M. L. (2013). Trabajo entornos, provación del sueño, y sus consecuencias clínicas y medicolegales. *Revista de Medicina Clínica Condes*, 443-451.
- Serrano, L., & Ortíz, N. (2012). Caracterización del nivel de desempeño en la gestión de procesos en IPS-Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y AMB. *Dyna*, 15-23.
- Soledad Barría, M., Contardo, N., Caravantes, R., & Monasterio, H. (septiembre de 2004). *Escuela Nacional de Saude Pública Sergio Arouca*. Obtenido de http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/manual_rhs1.pdf
- Sorra, J., Famoaro, T., Dyer, N., Khanna, K., & Nelson, D. (2009). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sterling, M. (1997). *Benchmarking, costs reductions, and quality of care: a study of the meaning of institutional change in an Ontario hospital*. Tesis doctoral, Queen's University , Ontario.
- Tereanu, C., Smith, S., & Sampietro, G. (2017). Experimenting the hospital survey on patient safety culture in prevention facilities in Italy: psychometric properties. *Int J Qual Heal Care*, 1-7.
- Tomás, S., Chánovas, M., Roqueta, F., & Toranzo, T. (2012). *La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del prgrama SEMES-Seguridad del Paciente*. Barcelona: Instituto Catalán de Salud.
- Torres Ornelas, P. (2018). Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima, 2018. *BOLETIN CONAMED*, 11-14.

- Tsai, Y. (2011). Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11-98.
- Upenieks, V. (2003). Recruitment and retention strategies: A magnet hospital prevention mode. *Nursing Economics*, 21(1), 7-13.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, España: Diaz de Santos S. A.
- Vilá, R., Torrado, M., & Reguant, M. (2019). Análisis de regresión lineal múltiple con SPSS: un ejemplo práctico. *Revista d'Innovació*, 1-10.
- Villas Maestre, M., & Castel Simón, S. (2000). Opiniones y expectativas de los profesionales. *Elsevier*, 309--313.
- Walumbwa, F., Avolio, B., Gardner, W., Wernsing, T., & Peterson, S. (2008). Authentic leadership: development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89-126.
- Zárate-Grajales, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Cantoral, A., Hernández, S., Sánchez-Angeles, S., Valdez-Labastida, R., . . . Zapién-Vázquez, M. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicentrico. *Enfermería Universitaria*, 63-72.

ANEXO 1. Cuestionario de cultura de seguridad del paciente

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en este Hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para *mejorar* la cultura hacia la seguridad del paciente. Contestarlo le tomará solo entre 5 y 10 minutos.

A efecto de una mejor comprensión de algunas preguntas, le agradeceríamos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas, consulte a quien le proporcionó el cuestionario.

Un “**incidente**” se define como cualquier tipo de error, equivocación, accidente, falta a la norma y/o falta de consideración en la atención del paciente, no importando si el resultado daña al paciente o no.

Un “**evento adverso**” es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica y que causan un daño reversible.

Un “**evento centinela**” es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica y que causan un daño irreversible.

Un “**Cuasi falla**” es una falla que se presenta en un proceso, que se detecta de manera oportuna y que por ende no llega al paciente.

“**Seguridad del paciente**” se define como el conjunto de acciones que tienen como finalidad *evitar* y *prevenir* lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud que se le otorgan.

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione “**unidad**”, usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de las acciones para atender a los pacientes.

¿Cuál es su profesión?

☐ Personal médico

Pe☐nal de enfermería

Otro ☐

¿En qué turno labora?

☐ Matutino

☐ Vespertino

☐ Nocturno

Jd☐ada Acumulada

¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital? Marque solo UNA respuesta

☐ a. Diversas unidades del hospital / ninguna en específica

☐ b. Cirugía

☐ c. Pediatría

☐ d. Obstetricia

☐ e. Medicina Interna

☐ f. Nutrición

☐ g. Urgencias

☐ h. Radiología

☐ i. Farmacia

☐ j. Terapia intensiva adultos

☐ k. Terapia intensiva neonatal

☐ l. Terapia intensiva pediátrica

☐ m. Laboratorio

☐ n. Anestesiología

☐ o. Almacén

☐ p. Otra _____

¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?

☐ a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes

☐ b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los paciente

SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene **SOLO EL CÍRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO** en relación a lo que se vive **EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL**. Cabe señalar que la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente en su labora de trabajo	①	②	③	④	⑤
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo	①	②	③	④	⑤
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	①	②	③	④	⑤
4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	①	②	③	④	⑤
5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes	①	②	③	④	⑤
7. Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	①	②	③	④	⑤
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	①	②	③	④	⑤
10. En mi área de trabajo piensan que casualmente no ocurren errores de mayor gravedad	①	②	③	④	⑤
11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden	①	②	③	④	⑤
12. Cuando se informa de un incidente, sentimos como que se está reportando a la persona y no el problema	①	②	③	④	⑤
13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad de la solución propuesta.	①	②	③	④	⑤
14. Con frecuencia trabajamos en “forma de crisis” tratando de hacer mucho y muy rápidamente	①	②	③	④	⑤
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo a pesar de tener más trabajo	①	②	③	④	⑤
16. Al personal de esta área nos preocupa que los errores que se cometen se archiven en el expediente laboral	①	②	③	④	⑤
17. Tenemos problemas (para mantener) con la seguridad del paciente en esta área	①	②	③	④	⑤
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir con los pacientes	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN B: Su jefe

Por favor, indique con qué frecuencia se dan las siguientes afirmaciones sobre su **jefe inmediato** o la **persona a la que usted reporta directamente**. Indique su respuesta marcando sobre UN círculo.

PIENSE EN SU JEFE	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos	①	②	③	④	⑤
2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	①	②	③	④	⑤
3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, a pesar que ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	①	②	③	④	⑤
4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad que ocurren una y otra vez a algunos pacientes	①	②	③	④	⑤
5. Mi supervisor/jefe muestra una forma de pensar coherente con su forma de actuar	①	②	③	④	⑤
6. Mi supervisor/jefe toma decisiones basadas en sus valores	①	②	③	④	⑤
7. Mi supervisor/jefe me pide que tome decisiones que potencien mis valores	①	②	③	④	⑤
8. Mi supervisor/jefe toma decisiones difíciles en base a un elevado nivel de conducta ética	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN C: Comunicación

¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. A partir de los incidentes notificados en mi área o servicio se nos informa sobre los cambios realizados	①	②	③	④	⑤
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente	①	②	③	④	⑤
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio con relación al paciente.	①	②	③	④	⑤
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	①	②	③	④	⑤
5. En mi área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	①	②	③	④	⑤
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho en forma incorrecta	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta marcando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	①	②	③	④	⑤
2. Cuando se comete un error y se estima que no puede dañar al paciente ¿qué tan frecuentemente se reporta?	①	②	③	④	⑤
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	①	②	③	④	⑤
4. Cuando se comete una cuasi falla ¿Con qué frecuencia se reporta?	①	②	③	④	⑤
5. Cuando se comete un evento adverso ¿Con qué frecuencia se reporta?	①	②	③	④	⑤
6. Cuando se comete un evento centinela ¿Con qué frecuencia se reporta?	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

De forma global, en su opinión, ¿cuál es el grado de seguridad del paciente en su área de trabajo?
Por favor marque solo UNA sola respuesta.

☐ 0
 ☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6
 ☐ 7
 ☐ 8
 ☐ 9
 ☐ 10

SECCIÓN F: Su hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones **DEL HOSPITAL EN EL QUE LABORA** (no sólo de su área de trabajo). Marque su respuesta en el círculo que corresponda.

PIENSE DE FORMA GENERAL EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La dirección del hospital proporciona un ambiente laboral que promueve continuamente la seguridad del paciente	①	②	③	④	⑤
2. Las áreas o servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas	①	②	③	④	⑤
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro	①	②	③	④	⑤
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	①	②	③	④	⑤

5. Con frecuencia se pierde información importante durante los cambios de turno respecto a la atención de los pacientes	①	②	③	④	⑤
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del Hospital	①	②	③	④	⑤
7. Con frecuencia surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del Hospital	①	②	③	④	⑤
8. Las acciones de la dirección del Hospital muestran que la seguridad del paciente es prioridad	①	②	③	④	⑤
9. La dirección del Hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso	①	②	③	④	⑤
10. Todos los departamentos del Hospital trabajan bien juntos para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes	①	②	③	④	⑤
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en el Hospital	①	②	③	④	⑤
12. Considero que el hospital cumple con lo necesario (insumos, equipos, etcétera.) para brindar una atención segura a los pacientes	①	②	③	④	⑤
13. Considero que el hospital cumple con las normativas para brindar una atención segura a los pacientes	①	②	③	④	⑤
14. El hospital representa un modelo a seguir para otros hospitales locales en lo referente la seguridad del paciente	①	②	③	④	⑤
15. En mi hospital se me proporciona información sobre lo que se requiere para la seguridad del paciente	①	②	③	④	⑤
16. En mi Hospital, se preocupan porque el personal conozca y aplique las políticas y procedimientos que aseguren la calidad de la atención médica	①	②	③	④	⑤
17. En mi hospital se invierten recursos para capacitar al personal sobre la seguridad del paciente	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes, cuasifallas, eventos adversos o eventos centinela ha reportado usted?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> a. Ninguno | <input type="radio"/> d. De 6 a 10 eventos |
| <input type="radio"/> b. De 1 a 2 eventos | <input type="radio"/> e. De 11 a 20 eventos |
| <input type="radio"/> c. De 3 a 5 eventos | <input type="radio"/> f. 21 o más eventos |

SECCIÓN H: Información complementaria

Esta información ayudará para el análisis de los resultados de la encuesta. Marque UNA respuesta en el círculo que corresponde.

1. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el HOSPITAL?**
 - ☐ a. Menos de 1 año
 - ☐ b. De 1 a 5 años
 - ☐ c. De 6 a 10 años
 - ☐ d. De 11 a 15 años
 - ☐ e. De 16 a 21 años
 - ☐ f. 21 años o más
2. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el SERVICIO O DEPARTAMENTO en el que labora actualmente?**
 - ☐ a. Menos de 1 año
 - ☐ b. De 1 a 5 años
 - ☐ c. De 6 a 10 años
 - ☐ d. De 11 a 15 años
 - ☐ e. De 16 a 21 años
 - ☐ f. 21 años o más
3. **¿Habitualmente, ¿cuántas horas TRABAJA POR SEMANA en este HOSPITAL?**
 - ☐ a. Menos de 20 horas por semana
 - ☐ b. De 20 a 39 horas por semana
 - ☐ c. De 40 a 59 horas por semana
 - ☐ d. De 60 a 79 horas por semana
 - ☐ e. De 80 a 99 horas por semana
 - ☐ f. 100 horas por semana o más
4. **¿Cuál es su profesión? Marque UNA sola respuesta.**
 - ☐ a. Enfermera general titulada
 - ☐ b. Enfermera especialista titulada
 - ☐ c. Auxiliar de enfermería
 - ☐ d. Médico residente
 - ☐ e. Médico general
 - ☐ f. Médico especialista
 - ☐ g. Químico.
 - ☐ h. Afín a la administración
 - ☐ i. Técnico
5. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?**
 - ☐ a. Menos de 1 año
 - ☐ b. De 1 a 5 años
 - ☐ c. De 6 a 10 años
 - ☐ d. De 11 a 15 años
 - ☐ e. De 16 a 21 años
 - ☐ f. 21 años o más

OTRO

Por favor, siéntase libre de escribir algún comentario acerca de la seguridad del paciente, reporte de errores o eventos en el hospital.

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

ANEXO 2. Comentarios libres del personal entrevistado del hospital general

Persona entrevistada #3: “El paciente es nuestro objetivo principal para poder darle la mejor atención y servicio en el cual todos los días seguimos mejorando para poder seguir brindándole una atención de calidad.” Enfermera técnica, 4 meses de antigüedad.

“Me parece muy bien lo implementado” Licenciada en enfermería, 1 año de antigüedad.

“La falta de sillas de ruedas en el área de urgencias, y las camillas en mal estado” Enfermera general, 4 años de antigüedad.

“Se hace mucho enfoque para mejorar la seguridad del paciente lo cual es muy bueno y habla bien de la institución” Enfermera general, 2 meses de antigüedad.

“Los médicos que solo trabajamos los fines de semana nos falta todo tipo de información y capacitación acerca de todas las medidas esenciales, lo aplicamos por lo que sabemos de otros lados” Médico especialista, 1 año 4 meses de antigüedad.

“Nada” Médico especialista, 3 meses.

“Sigo creyendo que podemos ser el mejor hospital del estado.” Médico especialista, 5 años 7 meses de antigüedad.

“Mejorar seguridad de los pacientes y del personal” Médico especialista, 6 meses de antigüedad.

“¡En el fin de semana no tenemos acceso a lo relacionado a la calidad o seguridad, refiriéndose a los médicos! Lo que aplicamos es en base a lo que ya conocemos de otros hospitales.” Médico especialista, 1 año 4 meses de antigüedad.

“Hay cultura de seguridad de paciente en este hospital” Médico especialista, 4 años de antigüedad.

“Continua capacitación para el personal sobre la seguridad del paciente, y supervisar de que esta se lleve a cabo” Enfermera especialista, 4 años de antigüedad.

“Pues que se capacite al personal continuamente para mejorar la seguridad del paciente” Licenciada en enfermería, 1 mes de antigüedad.

“El personal en general necesita más capacitación sobre seguridad del paciente como tratarlo y cómo lidiar con familiares, creo que el reciente caso de la paciente P. C. nos abrió una gran área de oportunidades que tenemos que tomar y capacitar.” Enfermera especialista, 2 años 5 meses de antigüedad.

“Falta comunicación de resultados, informes, estadísticas sobre seguridad para que todos estén enterados de lo que sucede” Médico especialista, 4 meses de antigüedad.

“Para seguridad del paciente y de su personal yo recomendaría que contrataran camilleros y más personal ya que el personal actualmente se encarga de la movilización del paciente y han existido lesiones del personal por realizar estas actividades y en urgencias se ocupas personal en el turno nocturno ya que la cantidad de trabajo es mucho mayor que en el día y el personal es menos así que en ocasiones no se brinda la atención adecuada al paciente” Licenciada en enfermería, 1 año 3 meses de antigüedad.

“No hay personal masculino que apoye en movilización de paciente.” Licenciada en enfermería, 1 año de antigüedad.

“Excelentes capacitaciones” Enfermera general, 4 años de antigüedad.

“Se cometen muchos errores adversos que a pesar de que se les dan seguimiento al momento, se va perdiendo eso conforme va pasando de turno en turno, hasta que llega nuevamente a recaer en lo mismo. Nos falta mucho por trabajar con el personal, hacer labor con todos ellos que se sigan los protocolos y políticas del hospital. Así como también con ciertos supervisores de otras áreas "ajenas" a hospitalización.” Licenciada en enfermería, 2 años 8 meses de antigüedad.

“Se requiere un camillero pues el área de urgencias que pueda apoyar también en el área de hospitalización, ya que se han presentado varias incapacidades por movilizar pacientes además de molestia por parte de los familiares al no contar con personal de sexo masculino para llevar a cabo estas acciones.” Enfermera general, 5 años 10 meses de antigüedad.

“Se requiere más personal tanto médico como de enfermería en el área de urgencias turnos nocturnos” Médico especialista, 2 años de antigüedad.

“Que le dan cargo de supervisoras o coordinadoras a personal que no cuenta con buena capacitación y no son ni licenciada en enfermería y qué se nota el favoritismo que tienen las supervisoras por el personal” Enfermera general, 2 años 7 meses de antigüedad.

“Todo muy bien, pero a veces si falla el compañerismo eso también afecta al paciente” Enfermera técnica, 1 mes de antigüedad.

“Que realicen las auditorías” Enfermera general, 4 meses de antigüedad.

“Auditorías internas sobre la seguridad del paciente” Enfermera especialista, 1 año 6 meses.

“Explicar más al personal de enfermería como hacer las cosas. Si se reporta un evento adverso o una cuasi falla favor que se vea que realmente hacen algo porque solo llenar papelitos y cambiar formatos no soluciona los problemas que pueda haber personas que realmente le den seguimiento y se informe a que resultado llego o que se hizo y que la que está de encargada muestre realmente que le importan los problemas del departamento y no solo subirse a quedar según bien ella y solo llevar chismes y que trate bien a su personal a cargo que sea menos chismosa intrigas (sic) y que deje de solo andar diciendo que es la jefa del área que coopere con el trabajo y que no se haga la occisa en general muy mal como encargada de ucia. Que se vea un verdadero cambio y también de encargada de ucia urgente.” Enfermera especialista, 4 años de antigüedad.

“Implementar alguna identificación del px con riesgo. Como el que se usan para identificar al px o las alergias. Y para evitar errores no dejar una sola enfermera en el departamento con los pxs. Ya sea dejado a una sola persona. Y dejar una encargada que si apoye al personal. Y de preferencia tener una encargada en departamento en el turno de noche.” Enfermera especialista, 1 mes de antigüedad.

“Todo muy bien” Enfermera general, 3 años de antigüedad.

“Creo que debería de existir una hoja donde los papás no aceptan cunas cuando tienen niños pediátricos y que enfermería no se hace responsable del riesgo de caída que pueda tener un menor por incumplimiento de los papas en no aceptar una cuna” Enfermera técnica, 3 meses de antigüedad.

“Sigo esperando el turno de mañana, en el cual estaba, me cambiaron para 15 días solamente del turno de noche, de lo cual ya más del mes.” Licenciada en enfermería, 2 meses de antigüedad.

“Se debería de contar con los insumos suficiente en área de Cendis urgencias” Licenciada en enfermería, 2 años de antigüedad.

“Creo que es necesario contratar camillero para el área de urgencias para la movilización de pacientes. Que el personal de intendencia acuda más tiempo al área de urgencias, mantener limpio el baño ya que pacientes han reportado eso.” Licenciada en enfermería, 5 años de antigüedad.

“Debería haber camilleros en el área de urgencias para que las enfermeras no tengan que moverlos y arriesgarse a lastimarse y a poner en riesgo la seguridad del paciente.

Así mismo es importante tener todos los insumos necesarios, tanto en urgencias como en piso, en especial para cuestiones de emergencia, y dar un adecuado entrenamiento al personal de enfermería de piso respecto al manejo del paro cardiorrespiratorio y su proceder correcto.” Médico especialista, 1 mes de antigüedad.

“Se deben de tener protocolos de cada área del hospital, y que todo el personal este enterados de ello.” Médico especialista, 1 año 3 meses de antigüedad.

“Me han tocado ocasiones en que el personal de enfermería realiza malas prácticas o falta de atención con pacientes causando algún daño y solo les han llamado la atención o no les han dicho nada y eso ocasiona que la enfermera no lleve a cabo las precauciones debidas para que no le vuelva a pasar eso, más con el personal de noche.” Licenciada en enfermería, 2 años de antigüedad.

“Considero que se ha mejorado mucho en la seguridad del paciente y creo que se puede llegar a más, solo es que la gente tenga la plena confianza de reportar los errores para poder corregirlos y que no se vuelvan a presentar. Existe un buen equipo de trabajo solo hay que afinarlo y seremos el mejor hospital y ejemplo para otros más.” Enfermera especialista, 5 años de antigüedad.

“El departamento de urgencias debería de contar con más personal tanto médico como de enfermería en turno nocturno” Médico especialista, 2 años de antigüedad.

“Sería favorable para la seguridad de pacientes, el contar con personal de enfermería suficiente para cubrir las necesidades del servicio. Los últimos 4 meses el volumen de pacientes ha requerido que una enfermera tenga dos pacientes críticos o por periodos cortos de tiempo hasta tres; o en su defecto sean atendidos a alguna enfermera externa que muchas veces desconoce la logística hospitalaria de esta unidad. Un área de oportunidad sería contar con personal de planta suficiente para cada paciente con Ventilación mecánica, para evitar entre otras cosas la transmisión de patógenos de un paciente a otro.” Médico especialista, 1 año y 6 meses de antigüedad.

“Ninguno” Enfermera general, 1 mes de antigüedad.

“Hace falta implementar cursos de capacitación respecto a seguridad del paciente, además de implementar conciliación de medicamentos.” Médico especialista, 1 año 1 mes de antigüedad.

“Uno sabe que tanto los médicos y los pacientes son los clientes del hospital, pero hay protocolos que se deben de seguir y no se llevan a cabo, un simple y claro ejemplo está en las hojas de indicaciones médicas, tienes un formato y no llevan el llenado correspondiente, a la mayoría del área médica no le gusta llenar papelería correctamente.” Licenciada en enfermería, 2 años 9 meses de antigüedad.

“Contar con más enfermeras ginecobstetras (con documento legal). Contar con los 4 team completos de cirugía al menos en el turno matutino. Fomentar el crecimiento y reconocimiento del personal” Enfermera especialista, 1 año 11 meses de antigüedad.

“La seguridad del cliente es primordial y de vital importancia en nuestra área de trabajo por lo que es importante estar todos en la esta meta internacional. Por lo que algunos compañeritos luego andan por ahí despistados. Tenemos que estar pendientes de mi compañero cuando trabajamos en sala.” Enfermera especialista, 1 año 6 meses de antigüedad.

“Toman mal los datos del paciente en admisión” Licenciada en enfermería, 2 años de antigüedad.

“Considero que en mi área que es quirófano, en ocasiones, debido a la carga de trabajo, se pasa por alto un poco la seguridad del paciente, ya que estando en una cirugía apenas sales y te pasan inmediatamente a otra, estando ya el paciente en sala, lo cual a veces no te da tiempo de conocer al paciente y su situación, tanto a circulante como a instrumentista, siento que esto sucede ya que intentan darle gusto inmediato al médico cuando pide que pasen a su paciente a sala y en ocasiones se pasa con retraso porque los médicos llegan tarde, en esos casos ellos deben de entender que el retraso prácticamente es por su culpa y esperar a que el equipo que estará en su cirugía termine la actividad que está realizando en el momento y continúe con la siguiente cirugía siguiendo el protocolo debido, todo con el fin de mantener la seguridad de los pacientes. También creo deberían de ser un poco más estrictos con la puntualidad de los médicos respecto a sus cirugías, ya que no deberían de llegar, en ocasiones, hasta con 2 horas de retraso y llegar exigiendo que se les inicie su procedimiento, cuando en ocasiones debido a su retraso pues se les da prioridad a las cirugías que ya cuentan con todo el equipo presente y por ende el personal ya se encuentra trabajando. Deben de entender que su retraso tendrá consecuencias” Enfermera especialista, 1 mes de antigüedad.

“Es necesario contratar más personal de enfermería cubre descansos.” Licenciada en enfermería, 3 meses de antigüedad.

“Que jefatura sea más consciente del personal que tiene a su disposición y la carga de trabajo un está ingresando.” Enfermera general, 4 años de antigüedad.

“Aquí en este hospital cuenta con la mayoría de los recursos para mantener al px bien protegido” Enfermera especialista, 6 meses de antigüedad.

“Se necesita hacer más énfasis en los protocolos y realmente seguirlo al pie de la letra y como supuestamente lo marca el hospital y que tienen que ser respetados por todo personal, ya sea administrativo, medico, enfermería y demás departamentos.” Licenciada en enfermería, 1 año y 3 meses de antigüedad.

“Soy del área de quirófano y creo que hace mucha falta que los médicos sigan las normas de asepsia para entrar a quirófano, así como el llenado completo de los expedientes clínicos ya que no lo firman no hacen las hojas de ingreso o preoperatoria y no se completa correctamente el expediente” Licenciada en enfermería, 3 meses de antigüedad.

“Estar más atentos con el paciente desde el área de admisión hasta el área de hospitalización para que el paciente se sienta en confianza.” Enfermera especialista, 1 año y 4 meses de antigüedad.

“Creo que la capacitación con más claridad sería conveniente... Así como fomentar el reportar todos los eventos” Enfermera general, 5 años y 10 meses de antigüedad.

“Comunicación y apoyo de parte de coordinación, conocimientos de ética” Enfermera especialista, 3 años de antigüedad.

“Que se realicen acciones de corrección en el personal que las realice” Licenciada en enfermería, 1 mes de antigüedad.

“Comparado con otros hospitales en lo que he laborado, me parece que todo el personal del área de urgencias (administrativo, enfermería, médico, limpieza, seguridad) sigue correctamente la línea de atención y tiene una buena comunicación lo que permite trabajar en equipo de forma coordinada y se fomenta el compañerismo con lo que se brinda mejor seguridad al paciente” Médico especialista, 3 meses de antigüedad.

“Hace falta camilleros. El número de enfermeras en ocasiones no son suficientes para la atención en urgencias” Médico especialista, 10 meses de antigüedad.

“Desafortunadamente solamente quirófano tiene camillero y pues los demás departamentos quedan solos y con la posibilidad de que ocurra algo parecido pues no todas las enfermeras o auxiliares son capaces para movilizar a un paciente” Enfermera especialista, 1 año 2 meses de antigüedad.

“Ninguno” médico especialista, 1 año y 6 meses de antigüedad.

“No hay que confiarnos y debemos seguir adelante con las capacitaciones” Médico especialista, 1 año y 1 mes de antigüedad.

“La verdad ninguno, se ha mejorado bastante, sigamos así” Enfermera especialista, 5 años de antigüedad.

“Solamente cuando se programen los cursos acerca de la seguridad del paciente q sean los horarios flexibles para todos para poder asistir” Licenciada en enfermería 3 años de antigüedad.

“Durante el tiempo que tengo laborando en Hospitaria me he dado cuenta de que la seguridad del paciente es una prioridad, cada rotulo de riesgo de caída se coloca según el riesgo del paciente, las medidas siempre se implementan por parte del personal de enfermería y por parte de los familiares siguiendo las instrucciones de la (el) enfermera (o). En caso de eventos se notifica inmediatamente.” Licenciada en enfermería, 2 meses de antigüedad.

“Capacitar más al personal en cuanto a seguridad del paciente” Médico especialista, 5 años de antigüedad.

“Mejorar la comunicación vertical de la información entre los diferentes servicios que genere mayor seguridad de la información entre departamentos. Evitar los errores de comunicación que dan una percepción de falta de seguimiento y enlace” Médico especialista, 1 año y 6 meses de antigüedad.

“Contamos con lo necesario para llevar a cabo, pero tenemos muchas áreas de oportunidad para mejorar” Licenciada en enfermería, 1 año y 6 meses de antigüedad.

“Mejorar la meta número 2 que es la comunicación efectiva entre enfermeras en cambio de turno” Enfermera general, 3 meses de antigüedad.

“Falta reforzar los procedimientos de calidad y seguridad y adoptarlos como una necesidad, no como una obligación” Médico especialista, 2 años de antigüedad.

“Falta más seguridad en cuanto al personal de seguridad, en ocasiones no se encuentran en sus áreas por la sobrecarga de trabajo.” Licenciada en enfermería, 3 años de antigüedad.

“En cuanto se hace un reporte de evento adverso, hay ocasiones que no se realiza ningún tipo de orientación hacia el departamento para que no vuelva a ocurrir” Enfermera general, 2 años de antigüedad.

“Cubrir con más personal en caso de que se presenten muchos pacientes en el servicio de urgencias” Médico especialista, 1 año y 4 meses de antigüedad.

“Hasta el momento no he visto o presenciado algún problema en la seguridad del paciente.

Si se reportaron eventos en el departamento durante la estancia de algunos pacientes, pero en su momento se reportaron y comentaron a nuestra supervisora del departamento.” Enfermera especialista, 3 meses de antigüedad.

“Creo que la cultura de seguridad como tal apenas empieza a difundirse y, es cuestión de tiempo empiece a reflejarse con mayor concientización de la importancia e impacto en la atención del paciente, relacionada con la salud. Aun sin embargo ya se realiza. Las medidas deberán tender a ser más proactivas que reactivas, para prever y evitar eventos adversos y centinelas.” Enfermera especialista, 2 años y 7 meses de antigüedad.

“Considero que el reporte de eventos adversos aún tiene áreas de oportunidad para reportar al 100% Como empresa: Se está trabajando en pro de la seguridad y se busca establecer las barreras que nos lo permitan.” Licenciada en enfermería, 4 meses de antigüedad.

“Opino que falta capacitación en Rayos X en cuestión de tomar las radiografías a los pacientes, porque se me hace muy tonto si teniendo el aditamento para colocar el chasis en la cuna radiante y/o incubadora te piden que muevas al paciente para tomar la radiografía colocando el chasis por debajo del paciente, teniendo en cuenta que tenemos pacientes de mínimo manejo por ser prematuros, además en muchas ocasiones las repiten por no tomarlas adecuadamente y es más radiación para el paciente y nos hacen perder tiempo, en cuestión de laboratorio en ocasiones de piden una cantidad muy exagerada de sangre para ciertos laboratorios, sin tener en cuenta que el paciente es prematuro, el Almacén por falta de personal en ocasiones son muy tardados en traernos cierto material o medicamento que requerimos, en limpieza falta personal para dejarnos el área lista, me ha tocado que faltan batas

para el familiar que visita al paciente, además la ropa me da pena cuando roto por UCIA porque hasta el familiar me ha preguntado si la ropa de cama se le cambian porque la observan con manchas de sangre o de algún fluido desconocido y da desconfianza.” Enfermera especialista, 3 meses de antigüedad.

ANEXO 3. Comentarios libres del personal entrevistado del hospital general

Persona entrevistada #3: “El sistema para realizar el reporte de efectos adversos es bueno lo que puede llegar a fallar es la facilidad para encontrar la papelería que solo es cuestión de tener un poco más de orden en el área laboral.” Médico especialista, 1 año de antigüedad

“Considero que somos una institución en la que la seguridad del paciente es prioridad.” Empleado del área comercial, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Mejorar la atención de enfermera al solicitar la px atención por el inter” NI, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Seguir con el trabajo en equipo.” Empleado administrativo, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Comunicación, seguimiento y actitud son los grandes retos.” Empleado administrativo, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Falta mejorar el equipo del hospital.” Empleado del área de operaciones, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Tener seguimiento de eventos adversos.” Enfermera, 1 año de antigüedad.

“Constantemente tenemos capacitación sobre los procedimientos que realizamos enfocados a la seguridad del paciente.” Enfermera, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Considero que, si existiera más personal capacitado en cada área, además de más recursos, no existiera tantos errores y así se garantizaría una mayor seguridad del paciente.” Enfermera, 1 año de antigüedad.

“No podemos dar una atención de calidad cuando trabajamos bajo con mucha carga de trabajo. No podemos dar la misma atención a las pacientes; creo que necesitan más personal y que al menos escuchen nuestras sugerencias la supervisora, de cómo puede acomodar al personal cuando falta gente.” Enfermera, de 11 a 15 años de antigüedad.

“La seguridad del paciente es la prioridad que siempre debe buscarse. En todo su entorno, no nada más en su físico sino todo lo que lo rodea. En nuestro departamento vamos a trabajar siempre buscando la seguridad del paciente. Programar algunas ocasiones al personal con el departamento de calidad, sería muy saludable. Gracias.” Médico especialista, 21 años o más de antigüedad.

“Falta de personal de enfermería en urgencias. Falta de coordinación entre intendencia, admisión y enfermería para agilizar el servicio. Malas políticas en manejo de medicamentos por parte de enfermería. Urgencias se usó como admisión hospitalaria y no como urgencias tal cual.” Médico especialista, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Instalaciones en mal estado, por ejemplo, enchufes de luz.” Enfermera, 21 años o más de antigüedad.

“Tratamos de hacer las cosas a la primera y con éxito para evitar maltratar al paciente y evitar eventos adversos.” Enfermera, 1 año de antigüedad.

“Debería haber más personal de seguridad, ya que se cuenta con solo guardia para todo el hospital, ya que el otro guardia lo mandan a cubrir caseta, y el otro en monitores, ahí se descuida mucho tanto al paciente como al personal, sobre todo por la noche.” Auxiliar de enfermería, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Excelente.” Empleado administrativo, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Que las jefas no lo tomen como burla o falta de conocimiento si no de forma educada y cordial se realicen las observaciones de mejora para beneficio del paciente y mejoras de conocimiento del personal.” Enfermera, de 11 a 15 años de antigüedad.

“Creo que nuestro hospital necesita invertir en tecnología para almacenar la información médica del paciente y que pueda ser accesible a todos los

departamentos del hospital creo que nos ayudaría a evitar errores administrativos y cuasi fallas.” Médico especialista, de 6 a 10 años de antigüedad.

“En los cambios de servicio para el paciente debemos de mejorar las solicitudes de los servicios o llegan a R con solicitud en blanco lo cual es un riesgo muy importante.” Médico especialista, 21 años o más de antigüedad.

“Renovación de equipos médicos, apoyo de los médicos para continuar cumpliendo con procesos y procedimientos, continuar como hasta ahora con las capacitaciones” NI, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Solo hacerles saber que a veces falta equipo por ejemplo incubadoras para instalar a los RN cuando llegan muchos al mismo tiempo y que está llena la Ucin” Enfermera, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Continuar con el apego en el reporte de eventos adversos.” Empleado del área de operaciones, 21 años o más de antigüedad.

“Mejorar condiciones laborales, incentivando al personal, no descontando sueldo.” Médico especialista, 21 años o más de antigüedad.

“En lo personal pienso que en temporada alta deberían contratar a otro inhalo terapeuta ya que abarcamos varias áreas y hay riesgo al contacto con muchos pacientes ya que hay mucho virus y bacterias en UCIA y si vamos con pediátricos es riesgo para ellos, aunque usemos bata y guantes, está mal estar mezclando así.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Que haiga (sic) más guardias para la seguridad de los RN, checar bien las indicaciones médicas para prevenir eventos adversos” Enfermera, de 6 a 10 años de antigüedad.

“Abastecer área de sub-almacén con insumos de emergencia. Tener en stock equipo médico ya que han presentado fallas. Dar mantenimiento adecuado a las tomas de corriente eléctricas. Contar con personal preparado en el área de mantenimiento, la mayoría de las veces no resuelven las necesidades del departamento. Dar

mantenimiento preventivo a los equipos. Pensar en la seguridad del personal y no solo de los pacientes.” Enfermera, 21 años o más de antigüedad.

“Siempre reportarlos porque, aunque no se desee que pasen de ellos se aprende para proporcionar mayor seguridad al paciente lo ideal es estar siempre al 100 cuando laboramos.” NI, 21 años o más de antigüedad.

“Con la falta de personal, puede haber problemas en cuanto a la seguridad del paciente, lo cual lo considero importante.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Creo que aún se desconoce por alguna parte del personal el correcto llenado de los formatos para reportar eventos y hasta crear tu evento, quien realiza eventos siente alguna culpa por exhibir a algún compañero de trabajo.” NI, 1 año de antigüedad.

“Llevar correctamente las metas internacionales.” NI, 1 año de antigüedad.

“Es muy importante como hospital y más como empleado el estar capacitados y bien informados con la seguridad del paciente se ve el resultado y la tranquilidad de saber que se están haciendo bien las cosas gracias.” NI, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Me parece adecuado los cursos de capacitación, pero deberían tener más horarios.” Médico residente, 1 año de antigüedad

“Mas información a los familiares del paciente durante su estancia.” Enfermera, de 16 a 20 años de antigüedad.

“En ocasiones no contamos con plantilla completa la operación y la atención que el paciente merece, se debe concientizar al personal de no omitir aquellos errores, aunque sean mínimos se deben reportar.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Siempre es muy importante tener bien identificado al paciente, ya que es la meta más importante para que se puedan realizar correctamente todos los procedimientos establecidos para dicho paciente.” NI, 1 año de antigüedad.

“Mas atención de los departamentos de enfermería y del personal médico para los datos de los pacientes ya que es muy frecuente que se presente este tipo de situaciones en donde se equivocan con los nombres.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Debe haber una interacción real entre el hospital y todas las áreas subrogadas para que funcione positivamente principalmente las jefas de áreas que ignoran los problemas reportados que hay entre los departamentos subrogados y el hospital diferentes áreas.” Empleado de farmacia, 21 años de antigüedad o más.

“Cuando el personal comete un error o cuasi falla, solo se archiva el reporte, pero no hay una llamada de atención al personal que lo comete.” Enfermera, 21 años o más de antigüedad.

“Gracias por preocuparse por estas acciones. El personal necesita la cultura en base a todas estas actividades y capacitaciones.” Enfermera, 21 años o más de antigüedad.

“Incrementar personal en el área de trabajo, ya que se necesita cuando esta sobrecargada de trabajo y no hay.” Enfermera, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Debemos tener más cuidado con nuestros pacientes, no cometer errores en dietas y debemos de tener una responsabilidad en nuestros usuarios.” NI, de 16 a 20 años de antigüedad.

“Por favor tener un diagnóstico clínico cuando solicitan un estudio para dar una mejor orientación al radiólogo para dar una conclusión adecuada, preparación previa adecuada para cada estudio según el tipo de estudio para aumentar la calidad y un diagnóstico adecuado, gracias.” Médico especialista, de 6 a 10 años de antigüedad.

“Que aiga (sic) más de personal para evitar eventos y mejorar la seguridad del paciente.” Enfermera, 1 año de antigüedad.

“Error, el de quitar un día de trabajo en sueldo por no checar entrada o salida. Podían poner que a la tercera checada aplicar esa regla, pero no a la primera.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Llevarlas a cabo.” NI, 21 años o más de antigüedad.

“Para una mayor atención se deben de respetar cuando las chicas llevan comida para pacientes y no bajarlas del elevador para que la comida llegue a la hora.” NI, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Muy contenta con mis compañeras de trabajo tratando de hacer un buen equipo.” NI, 1 año de antigüedad.

“Tratar de hacer bien las cosas para que el paciente se vaya contento y seguir todos los procedimientos y las reglas como se marquen.” NI, 1 año de antigüedad.

“Estoy muy contenta pero no tenemos personal suficiente. A veces yo misma saco toda la comida sola y quiero dar una mejor seguridad al paciente. No tenemos bocina, cuando hay códigos no nos damos cuenta.” NI, de 16 a 20 años de antigüedad.

“He notado que varios departamentos no cuentan con el personal adecuado para la atención y menos cuando está muy lleno, esto genera estrés y por hacer las cosas rápido se pueden saltar procedimientos. En mi caso personal hemos tenido solamente dos perdonas en un turno (1 cocinera y 1 auxiliar) obviamente va a generar errores y tardamos en el servicio. Si cuidamos a la gente nueva, tanto que he notado que a las de mayor antigüedad no se les valora así ya que se les sigue cargando el trabajo el trabajo a las antiguas por asistir a las nuevas.” NI, de 6 a 10 años de antigüedad.

“A veces los eventos no se realizan porque los médicos no quieren que se reporten.” Enfermera, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Seguir con talleres para disminuir los errores en los procedimientos de trabajo.” Auxiliar de enfermería, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Seguir con la identificación del px y contar con más personal para mejorar la seguridad del px.” Enfermera, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Cuando se notifica una mejora o necesidad de capacitación retroalimentación, etcétera. al personal posterior al evento el personal se molesta porque no quiere participar o no acepta que deben realizarse mejoras en pro de evitar accidentes. El personal no participa en la realización de eventos, lo toman personal y crean conflictos, no cooperan cuando existe carga de trabajo, no saben trabajar en equipo...” Enfermera, 1 año de antigüedad.

“Mayor contratación de personal, que no haya rotación, cuidar al personal nuevo. Mejorar comedor de empleados porque a veces el personal se queda sin alimentos y no hacer distinción cafetería entre empleados y visitantes.” Enfermera, de 6 a 10 años de antigüedad.

“Mayor comunicación en el traslado de pacientes a rayos x. Es importante proporcionar el motivo del estudio y expediente médico en todos los pacientes que acuden a radiología. En ocasiones no bajan a pacientes a realizar estudios por falta de personal y colaboradores en el traslado y retrasan programación.” Médico especialista, de 1 a 5 años de antigüedad.

“Falta mejorar las instalaciones, pisos y habitaciones de hospital.” NI, de 6 a 10 años de antigüedad.

ANEXO 4.- Carta solicitud de participación protocolo de investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN



Presente.-

Estimado [REDACTED] por medio de la presente me permito solicitarle su gran apoyo para contribuir en la investigación que se está realizando en la Facultad de Contaduría Pública y Administración de la UANL, titulada "FACTORES QUE INFLUYEN EN GENERAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES PRIVADOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY" que tiene como objetivo determinar los factores de mayor influencia y la importancia relativa de los mismos para generar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales privados.

A efecto de llevar a cabo la investigación se elaboró una encuesta, para lo cual solicitamos su valiosa participación en la aplicación de esta en su hospital. Es importante señalar que esta encuesta es totalmente anónima, no lleva nombre de la institución ni del encuestado y los resultados del estudio solo mostrarán las estadísticas y gráficas obtenidas. Así mismo nos comprometemos a devolverle un informe de los resultados obtenidos que pudieran ser útiles para su organización.

Si tiene cualquier duda puede comunicarse con la Dra. Mónica Blanco Jiménez en el teléfono celular 81-83-09-23-35, actual coordinadora del programa de Doctorado en Filosofía con Especialidad en Administración y con el MCSP Jesús Alanís Gallegos al 81-23-51-08-31, alumno de la facultad que lleva a cabo la investigación.

Agradecemos de antemano la atención a la presente petición y quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente

"ALERE FLAMMAN VERITATIS"

CD. UNIVERSITARIA A 1 DE NOVIEMBRE DE 2018

Dra. Mónica Blanco Jiménez

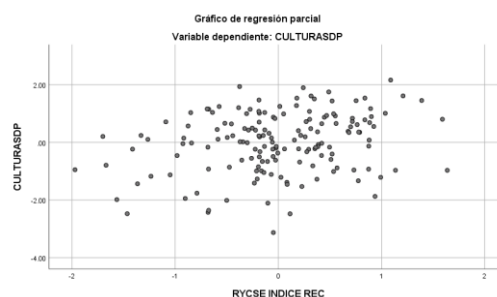
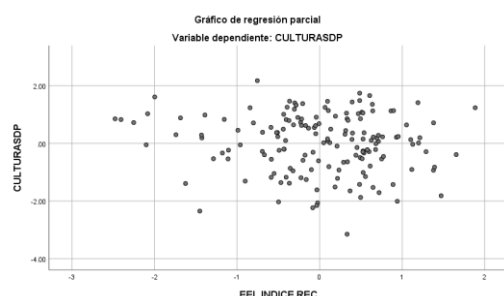
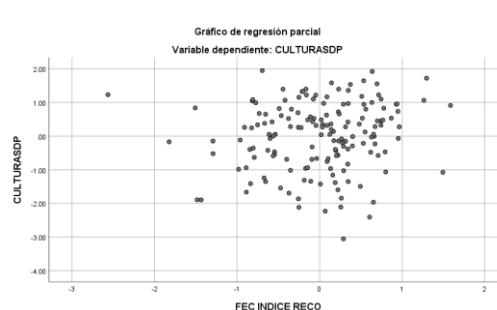
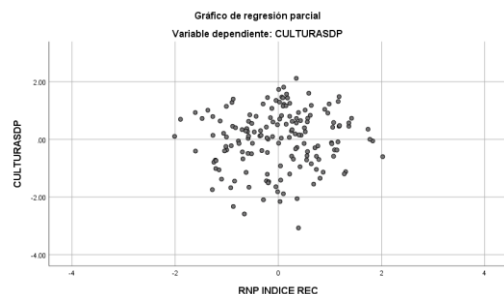
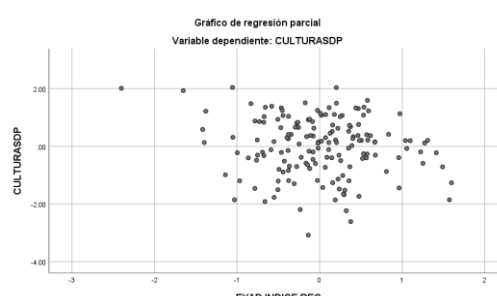
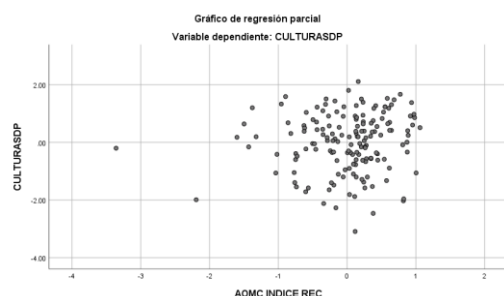
Coord. Doctorado en Administración

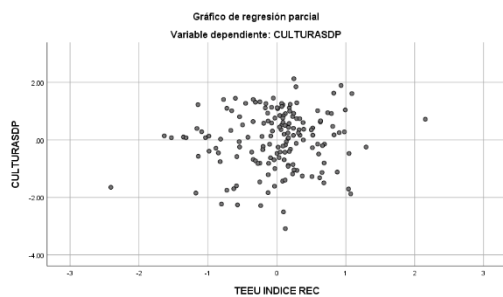
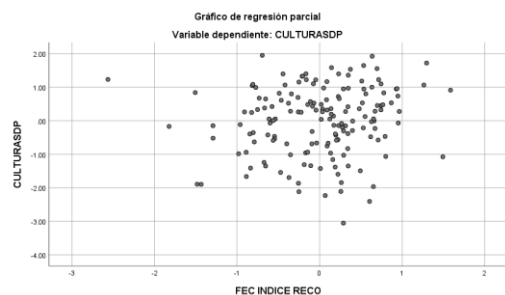
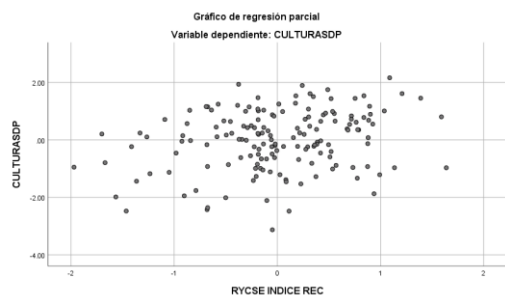
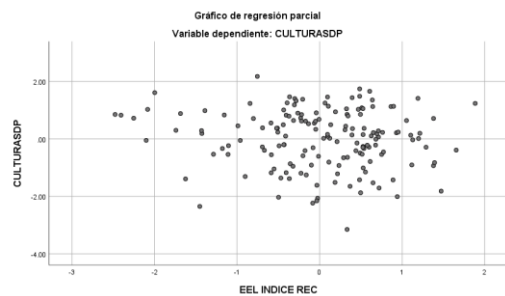
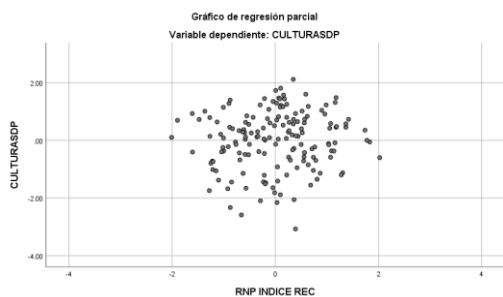
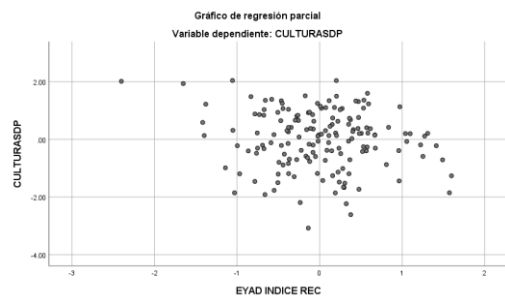
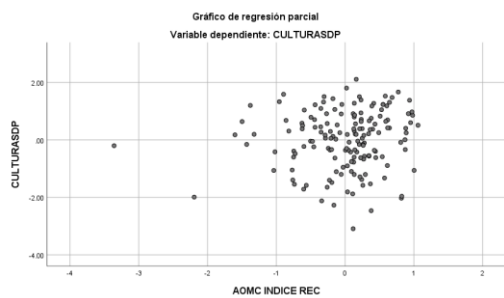
ANEXO 5.- Supuestos de correcta especificación de la regresión lineal

En el siguiente anexo se muestran las condiciones generadas para utilizar regresión lineal, dadas por las pruebas de linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y colinealidad.

Linealidad

El supuesto de linealidad implica que la relación entre las variables sea lineal, en las siguientes imágenes se observa la dispersión de los datos, entre las variables dependientes y la variable dependiente, una imagen para cada relación (Vilá, Torrado, & Reguant, 2019).



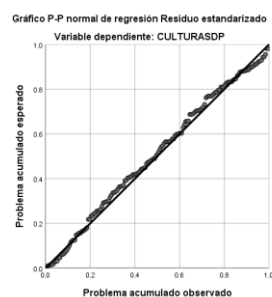
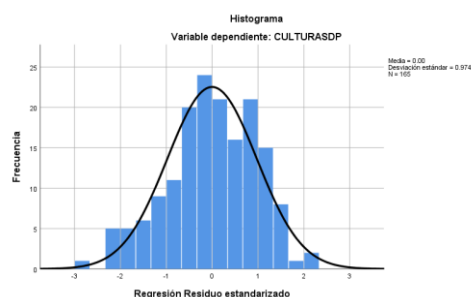


Independencia de los errores

La independencia explica que los errores en la medición de las variables sean independiente entre las variables, para esto se obtiene el valor de Durbin Watson, para el cual se consideran independientes si el estadístico se encuentra entre 1.5 y 2.5, como se observa en la tabla 31, en donde el valor de Durbin Watson es 1.935.

Normalidad

Este supuesto implica que las variables siguen la regla de normalidad, la cual se puede apreciar en las siguientes gráficas.



No colinealidad

Este supuesto implica que las variables independientes no estén correlacionadas entre ellas, para esto tomaremos en cuenta el factor de inflación de varianza (VIF). Como se observa en la siguiente tabla.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Desv. Error	Beta			Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
3	(Constante)	3.184	0.582		5.470	0.000					
	RYCSE INDICE REC	0.406	0.098	0.299	4.139	0.000	0.416	0.315	0.274	0.844	1.185
	PCTYT INDICE REC	0.453	0.097	0.310	4.659	0.000	0.352	0.350	0.309	0.990	1.010
	CAP INDICE REC	0.348	0.111	0.225	3.135	0.002	0.359	0.243	0.208	0.849	1.178